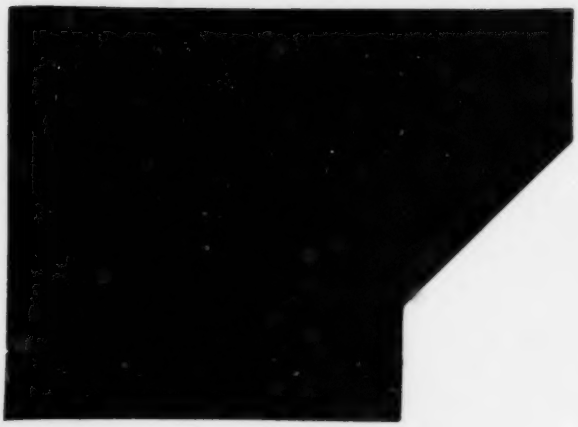
SCHL CMHC

Question habitation, comptez sur nous

Canada



CHOIX DE LOGEMENTS POUR LES CANADIENS DE PLUS DE 75 ANS

Cet ouvrage a été préparé pour la

Division de la recherche de la
Société canadienne d'hypothèques et de logement

Par

Christine Kluck Davis
Social Data Research Ltd.

En consultation avec

Robert Chagnon, Gestion Degimi, Inc.

Margaret Bateman Ellison, Housing and Facility Management Program
Université Mount St. Vincent

William F. Forbes, Program in Gerontology
Université de Waterloo

Michael Geller, The Geller Group

Sylvia Goldblatt, Sylvia Goldblatt Associates

James C. Torbert, William Nycum and Associates Ltd.

Directeur de projet de la SCHL : Luis Rodriguez

Ce projet a été financé par la Société canadienne d'hypothèques et de logement aux termes de la Partie IX de la Loi nationale sur l'habitation. Les opinions exprimées dans cet ouvrage n'engagent que les auteurs et n'ont pas été corroborées par la SCHL. ***This publication is also available in English under the title "Housing Choices for Canadians Over 75 Years Old".***

janvier 1991

92-07099/

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ 1

REMERCIEMENTS 3

INTRODUCTION 5

ANTÉCÉDENTS 7

BUT 9

MÉTHODE 11

1.0 DÉFINITION DU GROUPE CIBLE 15

1.1 Profil des 75 ans et plus 15

1.1.1 Dispositions d'hébergement et sexe 16

1.1.2 Revenu et logement 17

1.1.3 Santé et difficultés reliées à la vie quotidienne 19

1.2 Les effets du vieillissement et le besoin d'aide 21

1.2.1 Transformations physiques 21

1.2.2 Transformations socio-psychologiques 21

1.2.3 Le besoin d'aide 22

1.3 Obstacles à l'autonomie et facteurs de risque conduisant au placement dans un établissement 25

1.3.1 Le facteur santé 26

1.3.2 Les facteurs du soutien social 27

1.3.3 Une combinaison de facteurs sociaux et d'une détérioration de la santé accroît le risque d'admission dans un établissement 28

1.3.4 Le facteur solitude 29

1.4 Facteurs démographiques et socio-économiques : un regard sur l'avenir 30

2.0 ÉLABORATION DE CRITÈRES D'ACCEPTATION ET DE SUCCÈS 33

2.1 L'utilisateur 33

2.1.1 Motifs de déménagement 34

2.1.2 Types de choix 35

2.1.3 Satisfaction de l'utilisateur 37

2.2 Conditions préalables au succès 40

2.2.1 Connaissance et compréhension 40

2.2.2 Disponibilité et prestation 41

2.3 Services d'hébergement et de soutien 44

3.0 ÉVALUATION DES CHOIX EXISTANTS ET DES NOUVELLES ORIENTATIONS : SOLUTIONS POSSIBLES 45

3.1 Choix de demeurer chez soi 46

3.1.1 Réhabilitation et adaptation du foyer 48

3.1.2 Changements dans la formule de logement 49

3.1.3 Récentes initiatives de services de soutien qui aident les gens à vieillir à la maison 53

3.2 Le choix de déménager 69

3.2.1 Vivre près de la famille et des amis 69

3.2.2 Vivre avec ses pairs 72

3.2.3 Les formules de logement conçues à l'intention des personnes âgées et leur liaison avec les services offerts dans la collectivité : quelques exemples réussis 91

4.0 PROGRÈS TECHNOLOGIQUES DANS LA CONCEPTION DE LES DISPOSITIFS D'AIDE 97

4.1 Appareils d'aide 97

4.1.1 Intervention électronique d'urgence 97

4.1.2 Progrès en électronique et en robotique 98

4.2 Progrès dans la conception 100

4.2.1 Modification des espaces 100

4.2.2 Le logement adaptable 101

4.2.3 Dispositifs techniques et instruments pratiques d'aide dans la vie quotidienne 102

5.0 LA PROCHAINE ÉTAPE 105

5.1 La recherche 105

5.2 La connaissance 105

5.3 La coordination 106

5.4 Le processus 107

5.5 L'éducation 108

ANNEXES

ANNEXE A - 1 BIBLIOGRAPHIE 111

ANNEXE A - 2 LISTE DES SPÉCIALISTES CONSULTÉS 125

ANNEXE B 139

Figure B - 1 Types et niveaux de soins dispensés au Canada 140

Tableau B - 1 Cote décernée lors de la journée de consensus aux choix disponibles de logements pour les personnes de plus de 75 ans 141

ANNEXE C 143

Figure C - 1 Un exemple de cohabitation : L'appartement à ailes séparées 144

Figure C - 2 Exemples de logements en milieu de soutien intégrés à la collectivité : unités simples et en petits groupes 145

Figure C - 3 Un exemple de logements en milieu de soutien intégrés à la collectivité : un ensemble d'unités disposées en petits groupes 146

Figure C - 4 Un exemple de logements en milieu de soutien intégrés à la collectivité : une collection de 3 ensembles d'unités disposées en groupes de différente grandeur 147

ANNEXE D 149

Figure D - 1 Le Centre manitobain de mise au point de produits concernant le vieillissement et la réadaptation 150

Figure D - 2 Détérioration, conséquences et technologie 153

Figure D - 3 Particularités de la MAISON INTELLIGENTE 159

Figure D - 4 Technologies innovatrices et environnement favorable 161

CHOIX DE LOGEMENTS POUR LES CANADIENS DE PLUS DE 75 ANS

RÉSUMÉ

Le présent rapport porte sur les choix de logements destinés aux Canadiens de plus de 75 ans et contient une description critique de diverses innovations en matière de logement. Il est conçu de manière à présenter au lecteur une perspective d'ensemble sur différents sujets connexes, reliés en particulier aux logements destinés aux personnes âgées. Les diverses sources d'information qui ont été exploitées à cette fin comprennent notamment la consultation de spécialistes en la matière, la plus récente documentation sur le sujet, ainsi que les résultats de la conférence sur les «Choix de logements pour les Canadiens âgés» que la Société canadienne d'hypothèques et de logement a tenue récemment à Halifax, Nouvelle-Écosse, du 17 au 20 octobre 1988.

Afin qu'apparaissent plus clairement quelles sont les solutions en matière de logement les plus appropriées aux personnes âgées de 75 ans et plus, divers exposés, y compris les suivants, sont présentés dans l'ouvrage :

(1) Un profil de la population concernée - À l'aide de données colligées par Statistique Canada, la population canadienne âgée de 75 ans et plus est décrite des points de vue du lieu de résidence, de la langue, du sexe, du cadre de vie, du revenu, du genre de logement et des problèmes de santé. Dans certains cas, des comparaisons sont établies entre les personnes âgées et les cohortes plus jeunes; dans d'autres cas, il est question de l'évolution des tendances et de prévisions pour l'avenir.

(2) Un exposé des effets du vieillissement sur l'autonomie - Puisant à diverses sources, l'auteure examine des constatations convergentes quant aux effets du vieillissement de l'individu sur sa personnalité physique, sociale et psychologique et aux conséquences éventuelles de ces changements sur son besoin d'aide à certains moments de sa vie quotidienne. Elle se penche également sur les principaux facteurs sociaux, économiques et géographiques qui influent sur l'autonomie de la personne âgée.

(3) Les entraves à l'autonomie - Pour que les options de logement offertes dans la localité constituent vraiment des choix additionnels, elles doivent avoir été élaborées en tenant compte des principaux facteurs de risque que comporte l'institutionnalisation. C'est pourquoi l'auteure examine quelques-uns des facteurs que l'on rencontre communément, tels que la santé, le soutien social, l'interaction entre la santé et le soutien social, de même que la question de la solitude comme facteur de risque.

(4) Les critères d'acceptation et de succès - Au chapitre des critères d'acceptation et de succès (applicables aux divers choix de logements offerts aux personnes âgées de plus de 75 ans), l'auteure étudie plus d'une perspective, notamment les préférences des consommateurs âgés en matière de logement, les raisons sur lesquelles se fondent leurs décisions de déménager ou de demeurer sur place, les genres de choix qu'ils font concernant les agréments reliés à l'habitation, ainsi que les facteurs qui influent

sur le degré de satisfaction des consommateurs quant aux caractéristiques tant de la collectivité que du logement. Enfin, cet exposé porte également sur les conditions préalables au succès, telles qu'une conscientisation à la fois des consommateurs et des fournisseurs, de même que sur le rôle des secteurs tant public que privé.

(5) L'évaluation des choix disponibles - L'auteure examine de nombreux choix disponibles de logements sous l'angle de leur susceptibilité à répondre aux critères d'acceptation et de succès. Tout au long de l'ouvrage, elle prend pour acquis que les diverses options en matière de logement à l'intention de la population de plus de 75 ans doivent offrir à la fois abri et aide. Elles doivent de plus être accessibles aussi bien aux personnes qui désirent demeurer dans leur propre maison qu'à celles qui décident de déménager.

(6) Les nouvelles orientations les plus prometteuses - L'auteure présente des moyens innovateurs de tirer le meilleur parti possible tant des ressources communautaires que de l'aide de la famille, des amis et des voisins. Ces innovations comprennent notamment des moyens de dispenser aux personnes âgées des services qui les inciteront à demeurer chez elles, tels que l'aide pour les altérations à la maison, des moyens de relier la maison au système de sécurité d'un hôpital, des programmes innovateurs d'aide aux dispensateurs de soins et de nouvelles orientations dans la coordination et la prestation de services à la population de plus de 75 ans, laquelle est particulièrement exposée aux risques. L'auteure présente enfin quelques solutions dont pourraient profiter les personnes âgées qui décident de déménager près de membres de leur famille, comme le pavillon-jardin, ainsi que de nouvelles possibilités de logement offertes aux aînés qui choisissent un cadre de vie plus communautaire, telles que, entre autres, le placement en famille d'accueil, le logement-foyer, le logement protégé et la résidence-service.

L'auteure ne recommande pas une option plutôt qu'une autre. Les Canadiens de plus de 75 ans sont (et continueront d'être) un groupe très hétérogène de personnes ayant des besoins différents. La présente étude servira à faire la promotion de divers nouveaux choix propres à répondre à ces besoins.

REMERCIEMENTS

La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) et l'auteure remercient les personnes et les organismes suivants qui ont eu l'obligeance d'examiner ce document et de fournir des commentaires utiles sur l'ébauche de l'étude :

Mme Enid Buchanan, directrice, Policy Planning and Community Relations Branch, British Columbia Housing Management Commission

M. Len Fabiano, président, Education and Consulting Service, Seagrove, Ontario

M. Murray Halkett, directeur de la planification, Capital Regional Hospital and Health Planning Commission, Victoria, C.-B.

Mme Betty Havens, gérontologue en chef, Manitoba Department of Health

M. George Hough, Direction des politiques de logement du ministère du Logement de l'Ontario

Mme Dorothy C. Ley, présidente, Comité des soins de santé pour gens âgés, de l'Association médicale canadienne

Professeure Anthea Tinker, Age Concern Institute of Gerontology, King's College, Londres, Angleterre

L'auteure désire exprimer sa gratitude également au personnel de la Social Data Research, en particulier à Mmes Beverley Parr et Jennifer Oliphant, qui ont assuré la correction des épreuves et la préparation finale du texte.

INTRODUCTION

Le présent rapport porte sur les choix de logements pour les personnes de plus de 75 ans et se présente comme le complément d'un autre ouvrage intitulé "Accommodation Options for Elderly Canadians", une importante étude réalisée récemment par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, dans laquelle sont examinés une large gamme de choix de logements à l'intention des Canadiens âgés. La population de plus de 75 ans a été choisie comme cible étant donné que les personnes de ce groupe d'âge sont plus exposées à perdre leur autonomie dans leur mode de logement. Par ailleurs, il est malheureux de constater que nous ne savons pas très bien quels choix de logements sont les plus aptes à répondre aux besoins particuliers des personnes âgées, ni quels mécanismes sont les plus efficaces pour les réaliser. Voilà pourquoi la SCHL a commandé la présente étude, laquelle a pour but d'identifier et d'évaluer les choix disponibles de logements à l'intention des Canadiens de plus de 75 ans et, en se fondant sur ces évaluations, de promouvoir les innovations les plus avantageuses pour loger les personnes de ce groupe d'âge et leur dispenser des services de soutien.

Cette étude n'est pas une duplication de projets précédents de la SCHL dans ce domaine, mais plutôt une continuation des travaux antérieurs dans laquelle les auteurs procèdent à un examen critique des choix disponibles décrits dans d'autres documents, afin de déterminer lesquels conviennent le mieux à la population de plus de 75 ans. Tout au long du rapport, les exemples d'innovations prometteuses abondent. La liste de ces études de cas est toutefois loin d'être exhaustive, et les auteurs reconnaissent que de nombreuses autres nouvelles expériences sont tentées actuellement au Canada et ailleurs.

C'est Social Data Research, une entreprise spécialisée dans les études en gérontologie, qui a réuni une équipe d'experts provenant de divers endroits au Canada afin de mener à bien ce travail. Le groupe comprenait des spécialistes en recherche et en évaluation, en conception de logements destinés aux personnes âgées, dans la réalisation et la gestion de projets d'habitations ainsi que dans les besoins des Canadiens âgés en matière de logement et de services de soutien. À la suite de nombreuses entrevues avec des personnes clés oeuvrant dans le secteur du logement dans leurs régions respectives, et d'un examen systématique de la documentation sur la recherche et l'évaluation en la matière, les membres de l'équipe, forts de leur expérience combinée, en sont arrivés à un consensus sur les orientations les plus aptes à répondre aux besoins des Canadiens de plus de 75 ans. Le lecteur trouvera à la fin du livre une liste alphabétique des personnes et des ouvrages consultés, à laquelle font référence les chiffres qui apparaissent tout au long du texte.

ANTÉCÉDENTS

Un plus grand nombre de personnes âgées qui vivent plus longtemps

On a beaucoup écrit sur le vieillissement de notre société et sur les conséquences de cette tendance démographique pour ce qui est du nombre et de la proportion de personnes dans le groupe d'âge le plus élevé. Selon les prévisions, le pourcentage de la population canadienne de 75 ans et plus doublerait au cours des 35 prochaines années, passant de 4,1 p. 100 de la population (1 047 485 âmes) en 1986 à 8,3 p. 100 (2 818 200 âmes) en 2021[152], alors que les proportions respectives des provinces ne varieront que très peu.

Selon de récents rapports, la vague des aînés en Amérique du Nord dépasserait les prévisions, principalement en raison d'une amélioration du mode de vie et du progrès de la science médicale, de sorte que l'espérance de vie tant des hommes que des femmes excéderait éventuellement les 80 et même les 90 ans[64]. D'après les dernières estimations de Statistique Canada, les garçons et les filles nés en 1986 peuvent espérer atteindre 73 et 80 ans respectivement[152]. Par contre, la crainte que le prolongement de la vie s'accompagne pour certains d'une augmentation du nombre d'années d'invalidité semble fondée[30,102]. Une autre conséquence du vieillissement de la population, selon un économiste-démographe, serait que la proportion accrue de personnes âgées au sein de la population se traduirait par une baisse de la demande pour certains biens de consommation comme le logement et les articles connexes (par ex., les meubles et les appareils ménagers) étant donné que, traditionnellement, les personnes âgées dépensent moins que les plus jeunes pour l'achat de tels articles[109].

L'inquiétude au sujet de la proportion croissante de personnes âgées dans la population a incité les responsables des politiques publiques à tenter de comprendre les conséquences que ce phénomène risque d'entraîner dans des domaines tels que les soins de santé, les services communautaires de soutien et le logement. On reconnaît au départ que les choix de logements destinés aux personnes de plus de 75 ans ne sauraient être étudiés isolément de la question des soins de santé et des services sociaux et communautaires.

Pour une plus grande autonomie dans la collectivité

Les initiatives actuelles en matière de recherche et de politiques visent pour la plupart à trouver des moyens de conserver et de prolonger l'autonomie des aînés dans la collectivité, en cherchant des solutions de rechange à leur admission sans nécessité dans des centres d'hébergement. Plusieurs raisons militent en faveur de cette orientation. D'abord, la majorité des Canadiens, lorsqu'ils en ont le choix, préfèrent demeurer dans leur propre maison, comme propriétaires ou locataires[28,53,105,116].

En deuxième lieu, certains chercheurs considèrent qu'il en coûte moins pour aider les gens à demeurer chez eux en leur offrant des services de soutien que de les entretenir dans les institutions[16,63], quoique d'autres prétendent que les évaluations à ce sujet sont inexistantes, peu scientifiques ou incomplètes[27,53,87]. Enfin, d'autres maintiennent qu'il ne faudrait pas établir de liens entre la qualité de vie et les coûts financiers[89], et que le fait

de vivre en institution ne suffit à garantir ni l'autonomie, ni une meilleure existence[112]. Quel que soit le point de vue que l'on adopte, de nombreux experts sont d'avis que la demande de places en institution est gonflée à cause de l'absence d'un environnement physique et social adéquat[10].

Il y a discussion également sur la façon dont le Canada se compare aux autres pays occidentaux quant au taux d'institutionnalisation[145,67] bien que, malgré l'absence de méthodes de mesure standardisées, le taux canadien est généralement considéré comme étant relativement élevé[105,112]. Selon le recensement de 1981[53,92], environ 8 p. 100 de la population canadienne de plus de 65 ans réside dans une institution, et ce chiffre atteint 36 p. 100 dans le cas des plus de 85 ans. Bien que leur institutionnalisation puisse être nécessaire et même souhaitable dans certains cas, la plupart des Canadiens préfèrent vieillir dans leur propre maison. Il semble donc opportun de rechercher des options innovatrices de logement propres à favoriser chez les plus de 75 ans une existence autonome dans leur propre collectivité et dans le cadre de leur choix.

Les innovations dans le logement destiné aux personnes âgées semblent être caractérisées par trois éléments principaux :

(1) des mécanismes financiers innovateurs pouvant assurer le logement à des gens de diverses tranches de revenu;

(2) une nouvelle conception permettant plus facilement aux gens de «vieillir sur place» tout en demeurant autonomes;

(3) de nouveaux mécanismes de soutien axés sur l'interdépendance, l'aide aux dispensateurs de soins ainsi qu'aux utilisateurs de services, et une surveillance vigilante des coûts en assurant la rentabilité.

Le défi, pour ce qui concerne les innovations en matière de logements destinés aux personnes de plus de 75 ans, consiste non seulement à évaluer ce qui existe déjà et ce qui peut être fait en guise d'adaptations susceptibles d'adoucir le vieillissement, mais aussi à identifier ce qui peut être incorporé aux nouveaux projets d'habitation afin de faciliter le vieillissement sur place.

BUT

Nous visons dans l'étude les quatre buts suivants, déjà précisés dans le mandat :

(1) identifier et évaluer les choix de logement et de services de soutien disponibles aux personnes de plus de 75 ans afin de déterminer quels sont, parmi eux, les plus appropriés et les plus efficaces;

(2) pour chaque genre d'options de logement et de services de soutien, déterminer quelles caractéristiques seront importantes en vue de son acceptation;

(3) à l'aide des critères d'acceptation et de succès, identifier et évaluer de nouveaux choix éventuels;

(4) chercher des moyens de faire bénéficier les aînés de l'aide de parents, de voisins et d'organismes bénévoles.

MÉTHODE

Optique générale

En vue de l'exécution du mandat et afin d'être en mesure de discerner quelles sont les questions les plus importantes dans l'identification et l'évaluation critique des solutions en matière de logement pour les plus de 75 ans, l'équipe a adopté une méthode comportant un certain nombre de phases, et le rapport a été disposé de manière à tenir compte de ce processus. L'auteure consacre la première partie de l'étude à la définition du groupe cible, dont elle trace le profil et énumère les besoins. Elle tente ensuite de déterminer quels sont les facteurs les plus pertinents pour établir les critères d'acceptation et de succès tant du point de vue des consommateurs que de celui des fournisseurs. La dernière partie de l'ouvrage consiste à examiner un certain nombre de choix en matière de logement et à déterminer, à l'aide des critères établis d'acceptation et de succès, dans quelle mesure ils conviennent aux personnes de plus de 75 ans. L'auteure expose enfin certaines entraves à l'autonomie, propose des moyens de les surmonter et présente de nouveaux choix éventuels.

Les étapes déjà franchies

Voici quelques-unes des sources auxquelles ont été puisés les renseignements requis aux fins de la recherche :

(1) Un examen de la documentation

Des sources secondaires pertinentes ont été examinées de même que les évaluations qui ont été faites des types de logements les plus appropriés aux plus de 75 ans. L'équipe a passé en revue des travaux de recherche réalisés au Canada, de même que des études faites aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans d'autres pays occidentaux.

(2) Les entrevues avec des spécialistes

La série d'entrevues qui ont eu lieu d'un bout à l'autre du pays avec des spécialistes dans les domaines du logement et des services de soutien a été une phase importante du processus de cueillette de l'information. Ces entrevues ont été menées par tous les membres de l'équipe. Les répondants comprenaient, entre autres :

- des fonctionnaires fédéraux et provinciaux,
- des architectes et des promoteurs immobiliers,
- des responsables locaux d'organismes de logement,
- des regroupements d'aînés.

Aucun plan particulier n'était prévu pour le déroulement des entrevues. Les répondants étaient interrogés sur les besoins en matière de logement des personnes âgées de plus de 75 ans et sur ce qu'ils considéraient comme les meilleurs moyens de répondre à ces besoins. Ces personnes ont aussi fourni à l'équipe des pièces de documentation additionnelles décrivant des expériences réussies dans leurs régions respectives.

(3) L'expérience cumulative pertinente des membres de l'équipe

Aux fins des travaux de recherche, tous les membres de l'équipe ont mis en commun leur expérience en matière de logement destiné aux personnes âgées - certains dans la conception, la réalisation et la gestion, d'autres dans la recherche et l'évaluation - et cette expérience est mise en évidence dans le rapport, notamment dans la réalisation d'un consensus.

(4) Des études de cas

Un certain nombre d'études de cas ont été examinées. Ces études portent sur des exemples de logements qui sont familiers aux membres de l'équipe et leur paraissent appropriés aux Canadiens de plus de 75 ans. Les études ont été analysées et, lorsqu'il y avait lieu, les tendances qui s'en dégageaient ont été notées dans l'ouvrage.

(5) Une conférence de consensus

Quelques mois après le début du projet, tous les membres de l'équipe se sont réunis lors d'une conférence de consensus afin de s'entendre au sujet des principales questions à l'étude, des critères ainsi que des solutions possibles en matière de logement destiné à la population de plus de 75 ans. Ce procédé, aussi appelé journée de consensus ou «technique nominale de groupe», est une réunion structurée visant à déterminer une méthode ordonnée d'obtenir des renseignements utiles de groupes cibles, en ce cas les membres de l'équipe, qui sont engagés dans un secteur critique, à savoir, le logement pour les plus de 75 ans.

Le procédé de consensus comprenait plusieurs phases :

- La première consistait à s'entendre sur les principales questions ou les principaux obstacles abordés dans la documentation et reliés au logement destiné aux plus de 75 ans.

- Il s'agissait dans la deuxième phase d'en arriver à un consensus en déterminant quels critères, parmi ceux qui avaient été examinés dans la documentation pour évaluer les besoins de logement des aînés, étaient les plus utiles dans le cas des personnes de plus de 75 ans.

- Troisièmement, les options existantes retenues en matière de logement ont été cotées, d'après l'opinion de chaque membre de l'équipe, quant à leur degré de conformité aux critères idéals dans le cas des plus de 75 ans.

- Quatrièmement, après discussion, les membres de l'équipe se sont entendus sur les moyens de réaliser les solutions idéales en matière de logement.

(6) Les délibérations de la conférence «Choix de logements pour les Canadiens âgés» qui a eu lieu à Halifax, Nouvelle-Écosse, du 17 au 20 octobre 1988, sous le patronage de la Société canadienne d'hypothèques et de logement.

La conférence, qui réunissait des experts en matière de logement provenant de diverses régions, était centrée sur les plus récentes tendances dans le domaine du logement pour les aînés. Le compte rendu de la conférence a été examiné et les passages pertinents ont été incorporés dans le présent rapport.

1.0 DÉFINITION DU GROUPE CIBLE

1.1 Profil des 75 ans et plus

Afin de nous aider à mieux comprendre pourquoi les personnes de 75 ans et plus ont des besoins particuliers en matière de logement, nous résumons ici des données récentes tirées de diverses sources. Le Tableau 1.1 ci-dessous et d'autres tableaux figurant dans la présente section reproduisent les résultats de totalisations spéciales tirées de l'Enquête sociale générale (Statistique Canada 1985) et permettent d'établir une comparaison entre les personnes âgées de plus de 75 ans et deux cohortes plus jeunes. Les pourcentages sont le résultat de calculs pondérés portant sur un échantillon comprenant 1 147 221 personnes de 60 à 64 ans, de 1 572 573 personnes de 65 à 74 ans; et de 899 839 personnes de 75 ans et plus.

Comme l'indique le Tableau 1.1, la plupart des Canadiens de 75 ans et plus vivent en Ontario et au Québec, et parlent l'anglais ou le français. Cependant, un pourcentage proportionnellement élevé (atteignant presque 20 p. 100, soit à peu près deux fois plus élevé que dans le cas des moins de 75 ans) parlent une autre langue, un fait dont il faut tenir compte lorsqu'il s'agit d'offrir à ce groupe d'âge des choix en matière de logement.

TABLEAU 1.1
PROFIL DES CANADIENS ÂGÉS

LIEU DE RÉSIDENCE	GROUPE D'ÂGE		
	60 à 64 %	65 à 74 %	75 ans et plus - %
Pourcentage de répondants vivant dans la région			
De l'Atlantique	8	10	9
Du Québec	26	25	22
De l'Ontario	39	36	39
Des Prairies	16	16	18
De la Colombie-Britannique	11	14	12
LANGUE PARLÉE AU FOYER			
Anglais	68	71	69
Français	22	22	21
Autre	10	7	17

Il existe dans les données d'autres différences reliées à l'âge qui revêtent une importance beaucoup plus grande que ce n'est le cas du lieu de résidence ou de la langue parlée au foyer. Celles-ci sont décrites dans les pages qui suivent.

1.1.1 Dispositions d'hébergement et sexe

Une des constatations qui nous frappent le plus, parmi les effets du vieillissement indiqués au Tableau 1.1.1 ci-dessous, est que le pourcentage de femmes et de personnes vivant seules est proportionnellement plus élevé parmi les plus de 75 ans que dans les cohortes plus jeunes. Presque les deux-tiers des plus de 75 ans sont des femmes, et plus du tiers d'entre elles vivent seules. Le pourcentage des personnes vivant avec leur conjoint décroît de 76 p. 100 dans le cas du groupe de 60 à 64 ans à seulement 43 p. 100 dans le groupe des plus de 75 ans. De même, la proportion des personnes âgées qui déclarent vivre chez des parents, par exemple chez un fils ou une fille, est presque deux fois plus élevée (13 %) dans le cas des plus de 75 ans que dans les groupes moins âgés. Cette proportion influe sur les choix éventuels en matière de logement où plus d'une famille vivent sous un même toit ou occupent une même propriété.

TABLEAU 1.1.1
PROFIL DES CANADIENS ÂGÉS

SEXE	GROUPE D'ÂGE		
	60 à 64 %	65 à 74 %	75 ans et plus - %
Pourcentage de répondants :			
De sexe féminin	50	54	62
De sexe masculin	50	46	38
DISPOSITIONS D'HÉBERGEMENT			
Pourcentage de répondants :			
Vivant avec leur conjoint	76	63	43
Vivant seuls	14	24	36
Vivant avec des étrangers	2	3	4
Vivant avec des parents	2	7	13

La tendance à vivre seul, notamment dans le cas des femmes âgées, s'est accrue considérablement entre 1971 et 1986. En 1971, 26 p. 100 des Canadiennes âgées de 75 ans et plus ont déclaré qu'elles vivaient seules. En 1986, ce pourcentage a atteint 38 p. 100[132]. A ce moment-là, on avait noté une baisse du pourcentage de femmes de plus de 75 ans vivant avec une personne autre que le conjoint (de 13 à 8 %) et une augmentation du pourcentage de femmes institutionnalisées (de 14 à 20 %)[132]. Selon les experts à Statistique Canada, si ces dernières tendances se maintiennent,

de plus en plus les personnes âgées (hommes et femmes) vivront seules ou seront admises dans des centres d'hébergement. De fait, on estime que près de la moitié des femmes de plus de 75 ans vivront seules en l'an 2 001[132].

1.1.2 Revenu et logement

D'autres tendances marquées sont observées pour ce qui est du montant d'argent dont disposent les aînés âgés, et de leur statut de propriétaires ou de locataires. Tant le revenu que la proportion de propriétaires décroissent avec l'âge et, comme l'indique le Tableau 1.1.2, l'Enquête sociale générale a permis de constater que les répondants de plus de 75 ans étaient, comparativement aux plus jeunes cohortes, plus susceptibles de vivre dans des tours d'habitation et moins susceptibles de vivre dans une maison unifamiliale ou d'être propriétaires de leur maison.

Le revenu annuel global moyen des personnes âgées diminue dans chaque cohorte d'un âge plus avancé, mais ce qui est plus révélateur, c'est la baisse spectaculaire du pourcentage de personnes âgées situées dans la tranche supérieure des revenus après l'âge de 75 ans. Alors que presque 20 p. 100 des personnes âgées de 60 à 64 ans déclarent toucher des revenus de plus de 3 000 $ par mois, ce pourcentage tombe à 5 p. 100 seulement dans le cas des personnes de plus de 75 ans ayant fait l'objet de l'enquête.

TABLEAU 1.1.2
PROFIL DES CANADIENS ÂGÉS

LOGEMENT	GROUPE D'ÂGE		
	60 à 64 %	65 à 74 %	75 ans et plus - %
Pourcentage des répondants :			
Propriétaires	82	74	65
Vivant dans une maison unifamiliale	73	66	57
Vivant dans une tour d'habitation	7	11	16
REVENU			
Pourcentage des répondants : Revenu total familial moyen			
Moins de 1 000 $ par mois	22	36	53
De 1 000 à 2 999 $	60	53	42
3 000 $ et plus	18	12	5

Bien que le revenu des personnes de plus de 75 ans soit inférieur à celui des personnes dans les groupes d'âge plus jeunes, de récentes sources de Statistique Canada indiquent que les augmentations du revenu réel (c'est-à-dire les revenus indexés au coût de la vie) sont plus importantes pour ce groupe d'âge que pour des jeunes cohortes. Le revenu réel moyen des familles dont le chef est un homme âgé de 75 ans et plus a progressé de 47 p. 100 entre 1971 et 1986, comparativement à 33 p. 100 dans le cas des familles ayant pour chef un homme dont l'âge se situe entre 65 et 74 ans. Dans le cas des personnes seules, l'augmentation a été de 46 p. 100 les hommes de 75 ans et plus, et de 70 p. 100 chez les femmes de ce groupe d'âge, alors qu'elle n'était que de 32 p. 100 chez les hommes de 65 à 74 ans et de 58 p. 100 chez les femmes du même groupe d'âge[100].

Bien que le choix de la majorité des personnes âgées consiste encore à posséder sa propre maison, la proportion de celles qui sont propriétaires diminue avec l'âge. Bien que plus de 80 p. 100 des répondants de 60 à 64 ans à l'Enquête sociale générale aient déclarer être propriétaires de leur domicile, une proportion qui tombe à 65 p. 100 dans le cas des personnes de 75 ans et plus (voir le Tableau 1.1.2), des données plus récentes tirées du recensement de 1986 indiquent que près de 57 p. 100 (599 385) des Canadiens âgés de plus de 75 ans sont en fait propriétaires de leur maison, comparativement à 64 p. 100 dans l'ensemble des personnes de 65 ans et plus[150]. Cependant, le pourcentage de propriétaires parmi les personnes âgées est demeuré passablement constant. Selon le recensement de 1981, 63 p. 100 des Canadiens âgés de 65 ans et plus étaient propriétaires de leur domicile.

La relation entre le logement et la situation financière des personnes âgées peut être appréciée en considérant le rôle important que joue la propriété domiciliaire dans l'actif global des individus. Selon l'Enquête de 1984 sur les actifs et les dettes de Statistique Canada, les actifs globaux moyens, y compris la valeur marchande d'une maison occupée par son propriétaire, le cas échéant, s'élevaient à 111 123 $ dans le cas des répondants âgés de 65 à 74 ans. Ce chiffre était réduit à 73 766 $ dans le groupe de 75 à 79 ans et à 68 415 $ dans le groupe des 80 ans et plus. Cependant, si l'on tient compte de leurs dettes globales, lesquelles étaient de 4 085 $ et de 5 412 $ respectivement, les personnes dans ces groupes d'âge bénéficiaient probablement d'une plus grande autonomie financière que celles qui se trouvaient à l'âge de la pré-retraite (de 55 à 64 ans) dont la dette moyenne s'élevait à 15 851 $[151].

Pour ce qui est des personnes qui étaient propriétaires de leur domicile, la valeur moyenne de cette maison, selon la même enquête, était de 60 186 $ dans le cas des répondants âgés de 56 à 74 ans, de 57 766 $ dans le groupe d'âge 75 à 79, et de 53 121 $ dans le groupe des plus âgés, celui des 80 ans et plus. Il est évident que le fait de posséder une maison avant

ou après le début de la retraite peut ajouter considérablement aux actifs globaux d'une personne, et lui permet plus de choix lorsqu'il avance en âge.

Grâce à l'augmentation de leurs revenus réels, la situation financière des personnes âgées semble s'améliorer, notamment en ce qui concerne l'accession à la propriété. Ainsi, Statistique Canada rapporte que parmi les hommes et les femmes de plus de 75 ans vivant seuls, la proportion qui consacre 30 p. 100 ou plus de leur revenu à une demeure qui leur appartient a diminué entre 1981 et 1986. En ce qui concerne les hommes âgés de 75 ans et plus, la diminution a été de 4 p. 100, leur proportion ayant passé de 19 à 15 p. 100, et dans le cas des femmes, elle a chuté de 27 à 21 p. 100[132].

La situation des personnes âgées qui occupent un logement locatif n'est pas aussi encourageante. Ainsi, en 1971, 56 p. 100 des hommes âgés de plus 75 ans qui louaient leur logement consacraient au moins le tiers de leur revenu au logement, et bien que cette proportion ait régressé à un peu plus de 40 p. 100 (41,5 %) en 1981, elle était remontée à presque 47 p. 100 en 1986. De même, 77 p. 100 des femmes locataires de plus de 75 ans, un pourcentage beaucoup plus élevé que celui des hommes locataires, ont consacré au moins le tiers de leur revenu au logement en 1971. Cette proportion a baissé considérablement pour s'établir à environ 48 p. 100 en 1981, mais par la suite elle a remonté de plusieurs points de pourcentage de sorte quelle atteignait 52.5 p. 100 en 1986[132].

1.1.3 Santé et difficultés reliées à la vie quotidienne

L'état de santé des Canadiens de plus de 75 ans et les difficultés connexes qu'ils éprouvent dans les diverses activités de leur vie quotidienne est un autre domaine où ils se distinguent considérablement de la population plus jeune. Le Tableau 1.1.3 illustre clairement à quel point les problèmes de santé s'accentuent avec l'âge. De fait, au moins 40 p. 100 des personnes de plus de 75 ans considèrent que leur état de santé est passable ou médiocre. La même proportion d'entre elles disent éprouver de la difficulté à marcher, et en particulier à monter ou descendre les escaliers, ce qui représente une proportion deux fois plus élevée que dans les plus jeunes groupes d'âge. Des activités aussi banales que se couper les ongles des pieds, lire le journal ou écouter des conversations posent parfois aux plus de 75 ans des difficultés que n'éprouvent pas les plus jeunes. Il n'est donc pas surprenant de constater que des activités ordinaires telles que les travaux ménagers, la préparation des repas et les soins personnels constituent plutôt une corvée pour les personnes âgées.

TABLEAU 1.1.3
PROFIL DES CANADIENS ÂGÉS

FACTEURS RELIÉS À SANTÉ	GROUPE D'ÂGE		
	60 À 64 %	65 À 74 %	75 ans et plus - %
Pourcentage de répondants qui :			
ont une santé passable ou mauvaise	31	35	43
éprouvent de la difficulté à marcher	13	21	42
éprouvent de la difficulté à monter ou descendre les escaliers	20	27	44
éprouvent de la difficulté à se couper les ongles d'orteils	11	21	43
éprouvent de la difficulté à lire un journal	6	9	20
éprouvent de la difficulté à entendre les conversations	15	21	34
éprouvent de la difficulté à exécuter les grands travaux ménagers	12	23	47
éprouvent de la difficulté à préparer les repas	4	8	18
ont besoin d'aide pour les soins personnels	<1	3	8

Selon l'Enquête sur la santé et la limitation de l'activité, réalisée par Statistique Canada en 1986 et 1987, la grande majorité des Canadiens de plus de 75 ans qui étaient considérés comme invalides, au sens de la définition de l'enquête,* résident dans des ménages ordinaires au sein de la communauté. Environ 70 p. 100 des femmes handicapées de plus de 75 ans vivent dans des ménages et 30 p. 100 dans des établissements. Cependant, selon la même enquête, 20 p. 100 seulement des hommes handicapés de plus de 75 ans vivent dans des établissements, alors que 80 p. 100 vivent dans des ménages ordinaires.

En somme, il est clair qu'un bon nombre des personnes de plus de 75 ans éprouvent, aux plans de la santé et du revenu, certaines difficultés que les plus jeunes ne partagent pas au même degré. Par ailleurs, les plus de 75

* Aux fins de cette enquête, la définition du terme incapacité est celle donnée par l'Organisation mondiale de la santé, à savoir «...toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain...» Statistique Canada, 1988.

ans ont de plus en plus tendance à vivre seules ou dans des établissements. Les solutions en matière de logement destinées à répondre aux besoins des Canadiens de plus de 75 ans doivent donc être conçues de manière à offrir de nouveaux choix aux personnes de haut risque dont les besoins peuvent évoluer en fonction de leur état de santé.

1.2 Les effets du vieillissement et le besoin d'aide

Il ressort du profil ci-dessus que certaines caractéristiques des plus de 75 ans sont moins répandues dans les groupes plus jeunes. Le processus du vieillissement varie selon l'individu, et les mutations physiques, psychologiques et sociales qui pourront s'opérer en lui avec l'âge détermineront dans une grande mesure s'il éprouvera des besoins spéciaux plus tard dans la vie.

Dans la documentation, les auteurs s'entendent pour dire que le vieillissement est caractérisé par certaines diminutions ou pertes des facultés[127]. Ainsi, dès le moment de sa retraite, l'individu voit son rôle professionnel et son revenu réduits ou supprimés, alors que ses enfants ont quitté le foyer. Survient ensuite le décès du conjoint et d'amis, et une fois passé l'âge de 75 ans, il constate que sa santé faiblit et qu'il perd graduellement son acuité sensorielle.

1.2.1 Transformations physiques

Les transformations physiques qui se produisent chez beaucoup de gens après l'âge de 75 ans (et parfois plus tôt) comprennent notamment une diminution du poids et de la taille, une fatigue accrue, un ralentissement des mouvements, une diminution des forces, de la difficulté à monter ou à descendre les escaliers, de la difficulté à manipuler ou à tenir des objets, de la difficulté à s'orienter, une plus grande difficulté à cesser de bouger ou à atteindre des objets élevés ou éloignés, un affaiblissement de la vue et de l'ouïe, ainsi qu'une plus grande sensibilité à la chaleur, au froid et aux variations de la température[114].

Même si la plupart des plus de 75 ans se croient personnellement en bonne santé, il n'en demeure pas moins que la majorité d'entre eux éprouvent au moins un malaise qui les restreint dans leurs activités. L'arthrite et le rhumatisme sont les affections les plus courantes, mais on mentionne aussi assez fréquemment la pression artérielle élevée ainsi que des troubles circulatoires et cardiaques[25].

1.2.2 Transformations socio-psychologiques

Au plan social, les personnes âgées s'adaptent moins facilement aux changements qui surviennent dans leur mode de vie, et leur cercle de famille et d'amis est plutôt restreint. Par ailleurs, leur sécurité physique et

psychologique les inquiètent davantage et elles appréhendent les accidents et les problèmes de santé[114]. Chez certaines personnes de plus de 75 ans, on constate également un affaiblissement des facultés mentales, allant de pertes de mémoire minimes et occasionnelles aux cas extrêmes d'affaiblissement des facultés cognitives, tels que le syndrome cérébral organique et la maladie d'Alzheimer. Selon certaines sources, le nombre de Canadiens atteints de cette maladie s'élèverait à 300 000, et de 20 à 25 p. 100 des plus de 85 ans en seraient atteints[137,65]. Comme il s'agit du groupe de Canadiens âgés dont le nombre augmente le plus rapidement, il y a lieu de s'inquiéter que l'on ne puisse répondre adéquatement à leurs besoins particuliers. Lorsqu'une maladie organique affaiblit les facultés perceptives et cognitives, même les lieux les plus familiers à la personne atteinte deviennent soudainement tout à fait étrangers[114].

En somme, bien que ces transformations physiques et psychologiques puissent pour la plupart se produire à peu près à tout âge, elles sont plus fréquentes et risquent d'être plus inhibitives chez les personnes d'un âge avancé. Pour qu'une personne de plus de 75 ans puisse subir ces transformations dans leurs formes les plus extrêmes sans devoir être confinée en permanence dans une institution, elle doit pouvoir compter sur un logement et sur des services appropriés à ses besoins.

1.2.3 Le besoin d'aide

Les pertes de facultés attribuables au vieillissement dont nous venons de parler troublent les activités sensorielles et la mobilité au point où la plupart des personnes d'un âge avancé ont besoin d'aide dans au moins une activité de leur vie quotidienne. Diverses études[10,38,54,83,153,163] ont permis de constater qu'entre 12 et 40 p. 100 des personnes âgées vivant au sein de la communauté ont besoin d'aide pour s'habiller, se laver, préparer les repas, faire le ménage et le magasinage. Ces proportions augmentent avec l'âge, comme c'est le cas du nombre de difficultés éprouvées[38, 68,106,162]. Ainsi, lors d'une récente étude sur les personnes âgées effectuée en Colombie-Britannique, on a constaté que les plus de 75 ans étaient deux fois plus susceptibles que les moins de 75 ans d'avoir besoin au moins d'une certaine aide pour préparer les repas (14,1 % c. 3,4 %) et faire le ménage (33 % c. 13,6 %)[8]. Outre les attentes individuelles, le besoin d'aide peut être influencé par des facteurs sociaux, économiques et géographiques.

Les facteurs sociaux et économiques

Les personnes de plus de 75 ans sont plus susceptibles de vivre seules et donc de recevoir moins d'aide de la part de la famille et des amis que ce n'est le cas des moins âgées. Cette situation risque de conduire à un plus grand isolement social et à un plus grand besoin d'obtenir de l'aide

d'autres sources[38,80]. Ajoutons à cela le fait que les femmes âgées vivant seules ne disposent généralement que d'un revenu très modeste[107]. La perte du conjoint et la diminution subséquente du revenu oblige souvent le survivant âgé à effectuer des prélèvements sur son capital, ce qui limite son choix en matière de logement.

On a constaté que les personnes âgées vivent bien souvent dans des logements vétustes et délabrés, où les installations sanitaires s'harmonisent au reste du bâtiment, une situation qui concerne beaucoup plus les locataires que les propriétaires. Ainsi, selon les plus récents chiffres sur les besoins impérieux de logement compilés par la SCHL, 25 p. 100 des ménages canadiens dont le chef a plus de 75 ans ne peuvent se permettre un logement convenable qui ne soit pas encombré sans devoir y consacrer au moins 30 p. 100 de leurs revenus bruts. De ces ménages, 26 p. 100 sont propriétaires et 74 p. 100 sont locataires[20]. De fait, parmi les personnes de plus de 75 ans, les locataires sont presque quatre fois plus exposés que les propriétaires (43% c. 11 %) à éprouver des besoins impérieux de logement. Certaines études ayant démontré que les personnes âgées doivent généralement consacrer au logement une plus grande part de leur revenu que ne le font les jeunes ménages[167,52], on peut en conclure qu'il leur reste moins d'argent pour se procurer les autres nécessités de la vie.

Le fait que la moins bonne santé des personnes âgées ait été attribuée à l'insuffisance de leurs revenus[78] accentue encore davantage la nécessité de venir en aide aux plus défavorisées parmi les plus âgées. Le gouvernement fédéral a reconnu ce fait, et dans un récent exposé de principe intitulé «La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé», publié par Santé et Bien-être social Canada en novembre 1986, il a admis que le premier défi à relever consiste à atténuer les inégalités en matière de santé constatées entre les ménages à faible revenu et les ménages à revenu élevé au Canada.

L'ethnicité est un autre facteur socio-démographique important pour ce qui concerne les choix offerts aux personnes âgées en matière de logement et de services. Les attitudes et les comportements à l'égard des modes de vie des personnes âgées ainsi que l'interaction de ces dernières avec leur entourage (famille, amis et autres) varient selon les antécédents raciaux[166]. Aussi avons-nous constaté que la tendance à vivre avec d'autres membres de la famille, dans des logements-foyers ou encore dans des quartiers où sont concentrés des citoyens appartenant à son propre groupe culturel varie selon les groupes ethniques[146]. De même, on a mentionnés de nombreux cas de personnes âgées logées dans des établissements de soins de longue durée qui étaient incapables de communiquer avec le personnel et dont les comportements étaient incompris par le personnel en raison de difficultés linguistiques[45].

Facteurs géographiques

Selon le recensement de 1981, environ 22 p. 100 des Canadiens de plus de 65 ans vivent dans les régions rurales (les villes et villages de moins de 1 000 habitants), et ce pourcentage est légèrement inférieur (20 %) dans le cas des plus de 75 ans. Si l'on inclut dans la définition des ruraux les personnes vivant dans les petites villes de moins de 10 000 habitants, la proportion des personnes âgées (de plus de 65 ans) vivant dans un environnement rural grimpe à presque un tiers (34 % en 1981, 32 % en 1986)[79]. La proportion d'aînés ruraux varie peu d'un bout à l'autre du pays, sauf en Colombie-Britannique où approximativement 17 p. 100 des plus de 65 ans vivent dans des régions urbaines (de 100 000 à 499 999 habitants), comparativement à environ 9 p. 100 à l'échelle nationale. Les petites villes de cette province accusent une concentration plus élevée que la moyenne de personnes de plus de 80 ans, la proportion d'aînés de ce groupe d'âge y étant presque trois fois plus élevée que la moyenne nationale (1.9 %). Au Manitoba, 5 p. 100 des plus de 80 ans vivent dans des petites villes, ce qui représente le pourcentage le plus élevé au Canada. La Colombie-Britannique connaît, une fois de plus, la proportion la moins élevée de personnes très âgées vivant dans les petites villes[108].

Le débat se poursuit quant à savoir si la situation financière des personnes âgées vivant dans les régions rurales est meilleure ou pire que celle des citadins. On croyait autrefois les personnes âgées des régions rurales moins nantis que leurs homologues urbains, mais ce n'est peut-être plus le cas[167]. Lors d'une étude comparative qu'ils ont menée sur la qualité de vie dans les régions rurales et dans les milieux urbains, les chercheurs du Centre de recherche en gérontologie de l'Université de Guelph n'ont trouvé que très peu de différence entre les deux échantillons pour ce qui concerne le degré de satisfaction des répondants à l'égard de la qualité de leur vie, du soutien social qu'ils reçoivent ou encore des caractéristiques des programmes sociaux qui leur sont offerts[108]. Les chercheurs ont néanmoins constaté des écarts au niveau de l'accès aux services. Les personnes âgées bien portantes et celles qui avaient besoin de soins de longue durée étaient avantagées dans les petites villes, alors que les personnes situées entre ces deux catégories et ayant besoin de certains services étaient souvent désavantagées. Les services offerts étaient souvent inaccessibles en raison du manque de moyens de transport, une constatation corroborée par d'autres études[136]. Pour les plus de 75 ans qui ne peuvent se déplacer, la vie à la campagne n'est peut-être pas idéale.

Certains craignent qu'une fois les plus jeunes partis pour s'établir dans les villes, leurs parents âgés soient abandonnés sans soutien familial[65]. De fait, les appartements pour personnes âgées non munis de services dans certaines régions rurales du Canada ont de plus en plus connu des

problèmes d'inoccupation, alors que les personnes âgées se rapprochent de leur famille déjà établie ailleurs.

Afin de s'enquérir sur les meilleurs moyens de répondre aux besoins de logement des aînés ruraux, la SCHL vient de compléter une étude qui aidera les agences gouvernementales locales des communautés rurales à examiner et à compiler les caractéristiques démographiques et les conditions locales qui influent sur les besoins des personnes âgées en matière de logement et de services de soutien. Le but particulier de l'étude consistait à concevoir, à mettre au point et à mettre à l'essai un instrument d'enquête, un guide de l'utilisateur ainsi qu'un outil analytique destinés spécifiquement à ces fins. L'étude devait en outre servir de point de départ aux organismes et aux dispensateurs de services afin de leur permettre d'évaluer les choix susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de logement.

Les conditions de vie des personnes âgées dans les villes présentent aussi des variations. Lors d'une récente étude sur le logement et la santé des personnes âgées à Toronto, en Ontario, on a constaté que près de la moitié des appels adressés aux services de santé de la ville portaient sur des plaintes au sujet de l'encombrement des lieux, d'infestations et de conditions insalubres dans les maisons de chambre du centre-ville où vivent dans le dénuement bon nombre des indigents âgés de la cité[112]. De même, les villes intérieures, partout en Amérique du Nord, ont vu leurs stocks de logements pour les personnes de revenus moyens et bas s'amenuiser en faveur de la reconstruction et de la transformation de logements locatifs et d'habitations en copropriété destinés aux mieux nantis. Comme résultat, dans des villes comme Toronto et Vancouver, les logements locatifs d'un prix abordables affichent un taux de vacance presque nul. Les personnes âgées sont les plus durement touchées par ce phénomène[3].

En somme, le besoin d'aide aux plus de 75 ans et le degré d'efficacité des solutions proposées aux problèmes du logement peuvent varier selon la nature de ces difficultés et des divers facteurs socio-économiques et géographiques en cause.

1.3 Obstacles à l'autonomie et facteurs de risque conduisant au placement dans un établissement

Les plus de 75 ans accusent un taux de placement en établissement beaucoup plus élevé que leurs cadets. Il convient donc d'étudier les facteurs qui influent sur cette tendance afin de faire la lumière sur les divers genres de gîtes pouvant constituer de nouveaux choix acceptables susceptibles d'encourager les gens à demeurer dans la communauté. Certaines personnes âgées, celles qui désirent demeurer

dans leur propre maison, éprouvent une certaine crainte ou hésitent à entrer dans un établissement. D'autres, notamment les personnes très âgées affligées de graves problèmes de santé, accueillent souvent avec empressement la sécurité qu'offre un établissement de soins prolongés. Dans les deux cas, la disponibilité de soins institutionnels constitue un facteur important lorsqu'il s'agit d'offrir des choix au sein de la communauté, bien que l'aire de chevauchement entre les deux ne soit pas toujours évidente. Les soins en établissement font partie de l'ensemble continu de soins dispensés aux personnes âgées, sans en être nécessairement l'étape finale[53]. Il existe plusieurs formes d'établissements, et il est impossible d'en établir une définition type. Néanmoins, aux fins de cette étude, un établissement est un foyer d'accueil destiné à offrir, 24 heures par jour, des soins comprenant l'hébergement, la restauration ainsi que des soins médicaux et infirmiers à divers degrés. Ces établissements peuvent comprendre des hôpitaux de soins actifs et psychiatriques, mais habituellement, dans le cas des personnes âgées, il s'agit de foyers tels que les centres d'hébergement qui dispensent des soins prolongés ou chroniques[53]. Le lecteur trouvera à la figure B-1 de l'annexe B la catégorisation différente de soins adoptée dans chaque province.

Les facteurs afférents au placement en établissement peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les facteurs de santé et les facteurs de soutien social, mais comme il est signalé dans l'exposé ci-dessous, les deux catégories sont elles-mêmes reliées entre elles.

1.3.1 Le facteur santé

Dans une récente étude sur l'identification des plus importants obstacles à l'autonomie des personnes âgées dans la communauté[117], le Comité d'action nationale sur le troisième âge a placé la santé, c'est-à-dire le bien-être tant physique qu'émotif et mental, en tête de liste parmi les principaux éléments contribuant aux conditions ou situations perçues comme menaçant l'autonomie ou limitant les choix. De fait, plusieurs chercheurs ont démontré que certains problèmes particuliers de santé, tels que la détérioration à divers degrés des facultés cognitives, la mésestimation de son propre état de santé, plus d'un trouble chronique ou problème connu de santé à la fois, l'incontinence et l'incapacité de faire face aux occupations de la vie quotidienne sont d'importants signes précurseurs de l'admission éventuelle dans un établissement de soins prolongés[15,148,88]. Le fait d'avoir été hôspitalisé au cours de l'année précédente est également significatif[15], et bien que seulement 20 p. 100 environ des personnes âgées soient hospitalisées au cours d'une année, cette proportion croît avec l'âge[147]. Environ 10 p. 100 des cas d'hospitalisation résultent de chutes, dont les victimes sont généralement des personnes de plus de 75 ans[147].

1.3.2 Les facteurs du soutien social

Outre la santé, d'autres facteurs peuvent nécessiter l'admission à des soins hospitaliers prolongés. Bon nombre de chercheurs ont constaté que la «formule de logement» ou la «composition du ménage» sont des facteurs importants et que ceux qui vivent encore avec leur conjoint sont beaucoup moins fréquemment candidats aux centres d'hébergement[15,88,147]. Les personnes seules, une situation qui devient plus fréquente avec l'âge aussi bien chez les hommes que chez les femmes, sont nettement désavantagées sur le plan non seulement de la compagnie mais aussi de l'aide immédiate qu'elles recevraient dans leurs activités quotidiennes, par exemple, pour préparer les repas, s'habiller, sans mentionner le sentiment de sécurité que procure la présence de quelqu'un au foyer en cas d'urgence.

Bien que les recherches à ce sujet ne soient pas terminées, de récentes observations portent à croire que la quantité et la qualité des relations sociales contribuent à la santé, et que les personnes âgées qui sont isolées socialement sont plus susceptibles de voir leur santé défaillir[80]. Or, si nécessaires que soient les relations sociales positives et le soutien familial, il semble que les personnes âgées comblées en ce domaine soient de plus en plus rares. Certaines tendances sociales actuelles, telles que la mobilité accrue des enfants adultes, les familles moins nombreuses, le taux élevé de divorce et la montée du taux d'activité des femmes sur le marché du travail, auront pour effet de réduire la somme de soutien prodigué par les proches et influeront sur les moyens dont disposeront les familles dans l'avenir pour s'occuper de leurs aînés malades[158,49,80].

Le revenu - ou le manque de revenu - est un autre facteur pouvant influer sur la décision d'aller vivre en établissement. Les membres des familles à faible revenu, un facteur étroitement relié à la taille du ménage, sont plus fréquemment candidats aux soins de longue durée que les mieux nantis[88]. De fait, les choix de logement, notamment la disponibilité de logements abordables pour les personnes âgées à faible revenu, doivent figurer au nombre des facteurs qui retardent l'entrée dans un établissement. Durant les années 60 et le début des années 70, le gouvernement fédéral, de concert avec ses partenaires provinciaux, a fait construire plus de 100 000 unités de logements dont les loyers sont proportionnés aux revenus. Comme la qualité du logement influe sur l'état de santé, ce stock de logements publics et les améliorations apportées à d'autres programmes sociaux et services de santé communautaires ont contribué à réduire, partout au Canada, la demande de «lits en établissement» dans des centres d'hébergement comme les foyers pour personnes âgées. Cependant, la détérioration de la santé est devenue le facteur le plus souvent invoqué lors des demandes d'admission dans les foyers, quelle que soit la situation financière de la personne en cause[64,147].

1.3.3 Une combinaison de facteurs sociaux et d'une détérioration de la santé accroît le risque d'admission dans un établissement

Dans une récente publication, Shapiro et Tate soulignent que, même s'il importe de savoir dans quelle mesure chaque élément précurseur tel que l'âge, la perception de l'état de santé, les dispositions d'hébergement, etc. contribue à augmenter les risques d'une admission aux soins de longue durée, c'est vraiment une combinaison de ces facteurs ou caractéristiques qui place l'individu dans une situation de risque. Plus un individu réunit de caractéristiques de risque élevé, plus il est susceptible d'être admis en établissement au cours d'un nombre d'années déterminé. Dans leur analyse, ces deux auteurs ont constaté, en se fondant uniquement sur l'âge, que les personnes âgées de 75 à 84 ans ou de plus de 85 ans ont respectivement trois fois et six fois plus de chance d'être admises dans un établissement dans un délai de deux ans et demi que les personnes de moins de 75 ans. Cependant, si en plus ces mêmes personnes âgées vivaient seules, avaient été hospitalisées au cours de l'année précédente, vivaient dans un foyer pour personnes âgées, éprouvaient plus d'une difficulté dans leurs activités quotidiennes et souffraient d'une forme quelconque d'affaiblissement de leurs facultés mentales, la probabilité qu'elles soient admises dans un établissement de soins prolongés au cours de la même période aurait grimpé à 60 p. 100 dans le groupe des plus de 85 ans et à une proportion seulement un peu moindre, soit de 57 p. 100, dans celui des 75 à 84 ans[147]. Les personnes des deux groupes d'âge n'affichant que trois éléments de risque ou moins étaient beaucoup moins susceptibles d'être admises dans un établissement de soins prolongés[147].

En examinant les probabilités d'admission à des soins de longue durée au cours d'une période de sept ans, les chercheurs ont constaté que dans le cas des personnes âgées de 75 à 84 ans, c'était la présence d'une forme ou d'une autre d'affaiblissement des facultés mentales, ajouté à plusieurs autres facteurs de risque, qui contribuait à porter à 73 p. 100 les chances de placement dans un établissement[147].

Du point de vue des praticiens, l'un des grands avantages de cette méthode d'identifier les personnes âgées présentant le plus de risque d'être institutionnalisées est qu'elle permet de réduire considérablement la taille du groupe qui doit faire l'objet d'une attention ou d'une intervention spéciale. Elle permet également aux décideurs et aux responsables des politiques d'établir de façon plus précise un seuil de probabilité d'institutionnalisation (c.-à-d. 70 %, 80 % ou 90 %) au-delà duquel il ne serait plus réaliste d'essayer d'offrir à une personne donnée un choix de logement en dehors d'un établissement officiel[147].

1.3.4 Le facteur solitude

Bien qu'il soit difficile d'établir un rapport direct entre un état d'émotivité comme la «solitude» et l'admission dans un établissement, le besoin de compagnie est souvent considéré comme un facteur de motivation par les aînés désireux de vivre en établissement ou en groupe. Il convient donc de chercher à comprendre quelles sont les conséquences de la solitude en présence de certains des signes précurseurs les plus communs du besoin de soins de longue durée. Il n'est pas surprenant qu'un des principaux facteurs reliés à la solitude soit l'absence d'un partenaire au foyer[12,46]. On a constaté par ailleurs que le fait d'être marié représente un plus grand avantage pour les hommes que pour les femmes[12,46]. Toutefois, pour ce qui concerne les plus de 70 ans, d'autres variables deviennent importantes, au même titre que l'état matrimonial, le sexe et la formule de logement.

Traditionnellement, on considère que la santé et le bien-être vont de pair, et que l'incapacité de se déplacer ou le fait d'être «confiné à la maison» provoque un sentiment de solitude chez les personnes avancées en âge[37,93]. Or, une étude récente a fait ressortir l'importance que revêt la présence de bons voisins et de bons amis qui viennent meubler la solitude des aînés esseulés. L'étude démontre que la personne âgée peut trouver, dans des rapports mutuels soutenus avec un ou plusieurs voisins, le même soutien social qui est normalement offert par les parents et amis, lorsque ceux-ci sont allés s'établir ailleurs ou qu'elle-même ne peut plus les visiter par suite d'une diminution de sa mobilité[37].

Bref, pour que les choix de logement d'initiative communautaire offerts aux plus de 75 ans constituent des solutions de rechange valables, ils doivent être conçus de façon à parer aux principaux facteurs de risque évoqués comme signes précurseurs de l'admission en établissement. Par ailleurs, il importe de souligner que même les familles les plus compatissantes et les plus engagées, même les services officiels les plus efficaces éprouvent de la difficulté à s'occuper des personnes physiquement actives qui sont atteintes de troubles mentaux graves, comme la maladie d'Alzheimer. Ces malades ont parfois un comportement agressif et agité ainsi que des pertes de mémoire d'événements récents. Dans certains cas, la sécurité du patient et la tranquillité d'esprit de la personne qui le soigne ne laisse guère d'autre choix que l'admission dans un établissement. Bien que la documentation sur les besoins spéciaux de logements pour les victimes de démence soit encore très rudimentaire, on consacre actuellement à ce problème beaucoup plus d'attention que par le passé. Ainsi, deux ouvrages récents : "Design for Dementia: Planning Environments for the Elderly and the Confused", par M.P. Calkins (1988), et "Housing Alzheimer's Disease at Home", par N. Gnaedinger (1989), offrent des conseils sur la planification d'un milieu de vie approprié aux victimes de cette maladie.

1.4 Facteurs démographiques et socio-économiques : un regard sur l'avenir

Cette première section du rapport contenait une description assez détaillée des personnes de plus de 75 ans, de leurs besoins aux plans social et de la santé, ainsi que des facteurs qui influent sur ces besoins. En guise de conclusion, nous présentons ci-après quelques brefs commentaires sur les particularités qui caractériseront vraisemblablement la population âgée en Amérique du Nord en général et au Canada en particulier, et sur la façon dont certaines tendances démographiques pourraient, selon des experts en la matière, influer sur la disponibilité et l'utilisation des services de soutien destinés aux plus de 75 ans dans les années à venir.

Un détail important qu'il convient de souligner, c'est que les personnes âgées d'aujourd'hui sont très différentes les unes des autres, un phénomène dont il n'est pas facile de tenir compte en présentant une description au moyen de données portant sur tout un groupe. De fait, plus les gens vieillissent, plus ils deviennent différents. Les cohortes âgées sont caractérisées par la présence d'extrêmes : certains sont malades alors que d'autres sont en excellente santé; certains sont très pauvres alors que d'autres sont très bien nantis, et ainsi de suite. Non seulement les personnes âgées de l'avenir continueront-elles d'être différentes les unes des autres, mais elles seront différentes également de leurs homologues d'aujourd'hui. Certains analystes des tendances soutiennent que si l'on veut prédire les préférences à venir en matière de logement et de retraite, le meilleur moyen serait d'examiner le mode de vie des hommes et des femmes d'âge moyen d'aujourd'hui - car des études ont démontré que les coutumes et les tendances ne changent pas nécessairement en vieillissant - et de ne pas prendre pour acquis que ce qui plaît aux gens âgés aujourd'hui conviendra nécessairement à ceux de demain[158].

Peut-être est-il vrai, comme certains le prédisent, que les personnes âgées de demain vivront plus longtemps, mèneront une vie plus active, voyageront davantage, rencontreront une plus grande diversité de gens et disposeront de plus d'argent. Par ailleurs, les cohortes de plus de 75 ans et de plus de 85 ans seront aussi plus nombreuses dans les décennies à venir qu'elles ne l'ont jamais été auparavant, ce qui conduira nécessairement à une augmentation absolue du nombre de personnes atteintes d'infirmités chroniques ou de désordres mentaux[158,49]. Les effets de ces tendances sur les soins de santé et autres services de soutien, tels que le logement, font l'objet d'un examen continu, mais il est d'ores et déjà évident que, pour diverses raisons, la tradition consistant à recevoir des soins de la famille, des amis et autres bénévoles sera remise en question.

Le taux de fécondité sera peut-être le plus important facteur à déterminer la taille de la population dans l'avenir. Or, depuis le début des années 60, ce taux ne cesse de baisser au Canada et aux États-Unis. Les familles remettent à plus tard leur

projet d'avoir des enfants, et elles en ont moins. À moins d'une hausse considérable des taux d'immigration, il se produira inévitablement une forte augmentation de la proportion des plus de 65 ans et, comme on l'a démontré plus tôt, des plus de 75 ans. Bien que l'on ne puisse attribuer ce phénomène à une cause particulière, la baisse du taux de fécondité a été accompagnée d'une augmentation spectaculaire du nombre et de la proportion de femmes entrées sur le marché du travail. Cette tendance se maintiendra vraisemblablement au cours des années à venir, car il est bien probable qu'à mesure que les jeunes femmes d'aujourd'hui vieillissent et remplacent leurs aînées des groupes d'âge moyen et avancé, le taux d'activité des femmes continuera de grimper[49].

Un autre phénomène social observé depuis 1970 est celui de la montée en flèche du nombre de divorces et de l'augmentation conséquente du nombre de parents seuls[120]. On prévoit que cette tendance, ainsi que la hausse des taux d'activité des femmes que l'on vient de mentionner, auront une profonde influence sur les soins offerts aux personnes âgées à l'avenir. Comme nous l'avons déjà démontré, la principale source de soutien aux personnes fragiles du troisième âge se situe au niveau de la famille, et c'est habituellement une femme. Cependant, nous savons également aujourd'hui que l'offre, c'est-à-dire les parents dispensateurs de soins, diminue à mesure que la demande s'accroît, vu l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les filles et les fils qui travaillent hors du foyer et qui, peut-être, doivent élever seuls leurs enfants seront dans l'avenir moins en mesure qu'aujourd'hui de fournir une aide prolongée à un parent dans le besoin[49,120].

À moins que l'on trouve des solutions appropriées, de nombreux observateurs estiment que le tarissement de la source de soutien que représente parents, amis et voisins continuera d'accroître les contraintes sur les services officiels dans l'avenir. Ainsi, le besoin de lits dans les établissements de soins prolongés ou chroniques et dans les hôpitaux pour personnes âgées s'intensifiera et les coûts augmenteront d'autant[49]. De même, la diminution du nombre de bénévoles, qui par le passé étaient habituellement des femmes ne faisant pas partie de la main-d'oeuvre, contraindra les organismes à compter de plus en plus sur le personnel rémunéré, ce qui contribuera à la hausse des coûts globaux de la prestation des services.

À côté de ces sombres prévisions, il existe heureusement une autre perspective de ce que pourraient être les conséquences de ces tendances sociales. Ainsi, on peut faire valoir que la présence d'une plus grande proportion de femmes sur le marché du travail non seulement représente une contribution à l'économie officielle actuelle aux plans de la production de biens et de services et de l'impôt sur le revenu, ce qui accroît la capacité du gouvernement de faire face aux coûts d'une société vieillissante, mais assure également à ces femmes une plus grande autonomie financière dans les années à venir, grâce aux régimes de retraite privés[49].

En fait, comme on l'a déjà mentionné, les niveaux de revenu à la fois absolus et relatifs des Canadiens âgés n'ont cessé de grimper depuis le début des années 70. Cette tendance s'explique en partie par l'arrivée à maturité du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec, les relèvements substantiels du Supplément de revenu garanti, l'entrée en vigueur du Programme d'allocation au conjoint, et la popularité des régimes de retraite privés (dont les régimes enregistrés d'épargne-retraite [REER]) et des investissements[49]. Si les régimes de pension privés tels que les REER et les autres formes d'investissements privés maintiennent leur croissance, le fardeau de plus en plus lourd que représente pour l'État les régimes de pension financés à même le trésor public sera moins préoccupant[49].

Même s'il reste encore à voir comment la société réagira à l'évolution de ces tendances sociales, diverses interventions visant à améliorer la façon de vivre des gens (par ex., la diminution de l'usage du tabac, l'exercice et de meilleures habitudes alimentaires) ont déjà été faites par le truchement de programmes d'encouragement et de sensibilisation en matière de santé. Afin d'en arriver à mieux comprendre comment les caractéristiques socio-économiques changeantes et les particularités de l'état de santé des Canadiens âgés de l'avenir influeront sur les besoins et la demande de logements et de services de soutien, la SCHL, en collaboration avec Statistique Canada, Santé et Bien-être Social Canada et l'Institut de recherche politique, a entrepris un projet dont la réalisation est prévue pour 1990 et consistant à mettre au point un modèle prévisionnel utilisant les données disponibles.

2.0 ÉLABORATION DE CRITÈRES D'ACCEPTATION ET DE SUCCÈS

Afin de définir les critères essentiels à l'acceptation et au succès des choix de logements pour les plus de 75 ans, deux différents points de vue doivent être examinés : premièrement, celui du consommateur, c'est-à-dire les personnes âgées elles-mêmes, et deuxièmement, celui du fournisseur, c'est-à-dire les particuliers ou les organismes qui, lucrativement ou non, fournissent des logements. Dans le premier chapitre, nous avons traité des besoins particuliers du groupe de consommateurs visé (les personnes âgées de 75 ans et plus) qui rendent ces personnes susceptibles de perdre leur autonomie et d'être placées en établissement. Pour réussir, les fournisseurs de logements doivent trouver des solutions qui répondent à ces besoins, mais il est tout aussi important que, de leur côté, les utilisateurs acceptent ces solutions. Savoir pourquoi les personnes âgées se déplacent et quelles formules de logement elles recherchent, voilà la clé du succès.

En plus de répondre aux besoins des personnes âgées et de respecter leurs préférences, les fournisseurs doivent également, pour réussir, satisfaire aux besoins et aux préférences de la collectivité. Y a-t-il une demande pour le type de logement proposé? L'emplacement convient-il des points de vue du zonage et de l'acceptation par le quartier? La réponse à ces questions revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit d'offrir des choix aux plus de 75 ans, car il est évident que les services communautaires devront d'une façon ou d'une autre être intégrés au logement afin de répondre aux besoins de ce groupe de consommateurs.

Comme il est indiqué plus loin dans le rapport, il existe plus d'une solution à la question de loger les plus de 75 ans. Cependant, l'acceptabilité des choix offerts ne peut être que l'aboutissement d'un processus qui marie les besoins individuels à des espaces vitaux appropriés. Il y a incompatibilité si les services offerts sont excessifs, par exemple, lorsqu'une personne entièrement fonctionnelle est placée dans un centre d'hébergement, ou s'ils sont insuffisants, par exemple, lorsqu'une personne gravement handicapée vit chez elle pratiquement sans aide[96]. Ces incompatibilités sont réduites au minimum lorsque les fournisseurs et les ministères gouvernementaux compétents collaborent avec les utilisateurs et leurs communautés pour chercher des solutions.

2.1 L'utilisateur

Les préférences des consommateurs ont été examinées par un bon nombre de chercheurs, et pour évaluer avec exactitude le marché du logement des personnes âgées, les préférences deviennent un facteur décisif. Il y a lieu de croire que les raisons de déménager peuvent être très différentes pour les personnes qui approchent de la retraite, époque où les décisions sont souvent reliées au mode de vie, de ce qu'elles sont pour les personnes déjà avancées en âge, où le besoin, sur le plan à la fois de la santé et des considérations sociales, est un facteur plus déterminant.

La recherche a démontré que ce n'est bien souvent que lorsque la crise se produit et que le déménagement devient une nécessité que l'on se résoud à changer de logement[10,60,76,147]. La famille, habituellement les enfants, jouent souvent un rôle capital lorsqu'il s'agit de décider si le parent âgé devrait déménager ou non[133]. Une récente étude effectuée à Montréal a montré que plus de 44,1 p. 100 des répondants âgés qui envisageaient de se retirer dans un logement pour retraités avaient fait leur choix en consultation avec leurs enfants, alors que seulement 20 p. 100 avaient pris la décision de leur propre chef[94]. Des résultats de ce genre ne manquent pas d'influer sur l'approche commerciale et sur la diffusion de l'information.

Dans certaines circonstances, le choix personnel ne pèse pas très lourd dans la décision, et c'est peut-être ce qui explique que beaucoup de personnes âgées ont du mal à s'adapter à une réinstallation, particulièrement si c'est dans un établissement[76]. Ainsi, alors que pour les personnes de moins de 75 ans, le choix en matière de logement est très probablement basé uniquement sur le revenu et sur la préférence, ce n'est souvent pas le cas des plus de 75 ans où l'état de santé et le revenu peuvent devenir plus restreints.

2.1.1 Motifs de déménagement

Les raisons pour lesquelles les personnes âgées déménagent ont fait l'objet d'un bon nombre d'études où les mêmes constatations reviennent régulièrement. Pour les personnes de plus de 75 ans, surtout celles dont la santé est fragile et les revenus limités et qui n'ont pas de partenaire, des variables telles que «avoir moins de soucis au sujet des réparations», «la présence d'une personne à proximité pour lui demander conseil ou jouir de sa compagnie», «ne pas avoir de marches ou d'escaliers», «disposer d'une petite maison à prix plus abordable» et «bénéficier d'un bon système de chauffage et de climatisation» sont autant de facteurs de motivation[4,7,140,159,169].

L'ordre d'importance des raisons invoquées peut varier selon l'âge et le genre de logement occupé précédemment. Ainsi, dans une très récente étude sur le logement coopératif, présenté comme nouveau mode de vie pour les personnes âgées, on a demandé aux résidents pourquoi ils avaient laissé leur ancien logement qui, dans la plupart des cas, était un logement locatif. Près du tiers des répondants ont cité le coût élevé comme raison principale, suivie par les problèmes d'entretien et la perte du conjoint ou la solitude[144].

Dans une autre étude canadienne récente portant sur les attitudes des personnes âgées propriétaires de maison, concernant les logements spéciaux pour retraités, la location viagère et les autres choix de logement tels que les rentes hypothécaires, le chercheur a constaté qu'une

proportion plus considérable des répondants plus jeunes, soit de 52 à 64 ans, avaient sérieusement envisagé de vendre leur maison (59 %) que dans la catégorie des 75 ans et plus (27 %)[70]. Pour ceux qui envisageaient un déménagement, les principales raisons invoquées étaient les difficultés physiques liées à l'entretien de la maison et du jardin (77 %) et les obstacles architecturaux tels que le trop grand nombre de marches d'escalier (33 %). Ces raisons étaient également données par les répondants plus jeunes, mais pas au même degré. Interrogés sur les facteurs qui les pousseraient à envisager un déménagement à l'avenir, les répondants de tous les âges ont invoqué comme facteur premier leur état de santé ou celui de leur conjoint[70].

Les résultats d'une étude effectuée dans les provinces de l'Atlantique[111] démontrent la nécessité qui incombe aux fournisseurs de logements d'inclure dans leur planification les préférences des personnes âgées. Les chercheurs ont constaté que ce qui était perçu par les adultes plus âgés comme étant souhaitable était parfois tout à fait différent de l'idée que se faisaient les fournisseurs de services. Ainsi, alors que les éiéments de sécurité du logement venaient en tête de liste des caractéristiques importantes d'un nouveau foyer pour les répondants âgés, les fournisseurs de services plaçaient l'abordabilité en premier.

2.1.2 Types de choix

On a déjà mentionné que si elles ont le choix, la plupart des personnes âgées disent qu'elles préfèrent demeurer dans leur propre maison le plus longtemps possible. Il peut s'agir d'une maison où ils ont vécu une grande partie de leur vie adulte ou d'une autre qu'elles ont occupée avant ou au moment de la retraite. La recherche effectuée sur les préférences donne des réponses subjectives, de sorte que les répondants fournissent, à propos des choix disponibles, des réponses qui sont parfois fondées sur des connaissances ou sur une expérience personnelles très limitées. Les choix qu'ils font se rapportent à des projets qu'ils croient réalisables dans les limites de leurs revenus ou de leur expérience de la vie. L'acceptation du fait que les problèmes de santé des plus de 75 ans iront probablement en s'aggravant, et que la situation financière peut se détériorer ou demeurer stable alors que les coûts augmentent influe inévitablement sur leurs choix. Par conséquent, alors que «vieillir sur place» semble être ce que la plupart des gens désirent, il ne fait aucun doute que cela est, dans certains cas, attribuable à un réel manque de choix, personnel ou relié à la collectivité, ou encore à l'ignorance des options disponibles[128]. Néanmoins, un certain nombre d'études récentes ont porté sur les préférences des personnes âgées concernant les logements futurs, et les résultats se rejoignent considérablement.

Les personnes âgées préfèrent rester chez elles et recevoir des services à la maison

Lorsqu'on donne aux plus de 75 ans le choix entre «demeurer à la maison et recevoir l'aide de la famille», «demeurer à la maison avec l'aide d'amis et de voisins», «demeurer à la maison et recevoir le soutien des services communautaires», «emménager chez des membres de la famille ou chez des amis», «emménager dans un foyer pour personnes âgées» ou «emménager dans un logement de personnes âgées avec prestation de certains services», deux récentes études, l'une à Hamilton (Ontario) et une autre à Victoria (Colombie-Britannique), ont fait ressortir une nette préférence pour «demeurer à la maison et recevoir des services communautaires»[8,136]. Au moins 74 % des plus de 75 ans de l'échantillon de Hamilton (N=677) ont choisi cette option, soit à peu près la même proportion que dans celle de l'étude de Victoria. (Les deux études utilisaient les mêmes questions).

L'option «emménager chez des membres de la famille ou chez des amis» s'est révélée moins populaire pour les répondants de plus de 75 ans. Bien que l'aide offerte par la famille et les amis soit en réalité la façon la plus courante de prêter assistance aux personnes âgées, certains témoignages montrent qu'un bon nombre de bénéficiaires craignent d'être un fardeau pour les enfants et les voisins. Dans une récente étude effectuée à Montréal, on a constaté que les personnes âgées vivant seules souhaitaient continuer ainsi ou vivre avec quelqu'un d'autre qu'un parent[10]. Les personnes âgées vivant encore avec un conjoint étaient les moins susceptibles de vouloir changer leur mode de vie[10].

Les personnes âgées envisagent plus d'une option

Une autre constatation qui se dégageait des études de Hamilton et de Victoria était que les répondants étaient disposés à envisager plus d'un type de dispositions d'hébergement et que des options telles que l'emménagement dans un foyer ou une maison pour retraités avec services recevait également la faveur de plusieurs d'entre eux. Cependant, les plus de 75 ans étaient moins portés que les plus jeunes à vouloir ultérieurement emménager dans un logement spécial.

Bien qu'ils puissent constituer une solution idéale pour les solitaires ou les moins nantis parmi les personnes âgées, certains choix comme la cohabitation ou l'acceptation d'un pensionnaire intéressent un nombre moins élevé de personnes âgées. Mais cela est probablement attribuable en grande partie au fait que ces options n'ont pas été suffisamment commercialisées. On constate également une certaine réticence de la part des personnes âgées à s'engager dans des choix financiers comme les prêts

hypothécaires de conversion ou les locations viagères et, ici encore, le peu d'information dont disposent les utilisateurs sur le sujet est peut-être un motif important[70].

En résumé, les plus de 75 ans hésitent plus que leurs cadets à déménager, et s'ils ont le choix, ils préfèrent recevoir le soutien des services communautaires plutôt que celui de la famille. Néanmoins, un nombre important d'adultes plus âgés envisageraient diverses formes de logements spéciaux, particulièrement ceux comportant un élément de soutien.

2.1.3 Satisfaction de l'utilisateur

Tant les personnes âgées que leurs familles ont des attentes qui dépassent la prestation des services de base. La satisfaction des gens à l'égard des dispositions d'hébergement est fonction, à la fois, du logement et de la collectivité ou du voisinage. Un certain nombre d'études se sont intéressées aux plus importants facteurs reliés à chacun de ces deux domaines dans l'optique des personnes âgées en général, et la plupart des éléments ou des caractéristiques mentionnés acquièrent une importance encore plus marquée dans le cas des plus de 75 ans.

Facteurs concernant la collectivité

L'emplacement a été, et sera toujours, un facteur capital pour le succès ou l'échec d'un projet d'aménagement immobilier; dans le cas du marché de l'âge d'or, cet aspect revêt encore plus d'importance. Pour la personne âgée encore mobile, la proximité des centres commerciaux, des centres de loisirs ou des clubs de l'âge d'or, des bibliothèques et des églises est importante. Cependant, dans le cas des plus de 75 ans qui, peut-être, ne peuvent se déplacer aussi facilement, l'accès aux installations communautaires : moyens de transport spéciaux, cliniques médicales et services de soins ménagers n'est pas seulement une question de commodité; il devient essentiel, comme le démontre l'exemple récent d'une initiative prise en Colombie-Britannique. Après avoir connu deux succès commerciaux dans leurs projets d'habitation coopérative financés par les résidents, une organisation d'habitation au palier local avait entrepris la construction d'un troisième projet à Coquitlam, ville située à environ 25 milles du centre de Vancouver. Contrairement aux deux premiers projets qui étaient constitués de pâtés de petites villas d'un étage partageant un espace vert commun, le projet de Coquitlam était un immeuble de trois étages constitués d'unités de logement bien conçues pour les personnes «vieillissant sur place». Cet immeuble était situé sur une rue passablement animée, à proximité des centres commerciaux et des services de transport urbain. Cependant, le voisinage immédiat était

habité en majorité par de jeunes familles, avait donc relativement peu de services locaux bien rodés destinés uniquement aux personnes âgées et, par conséquent, très peu de résidents âgés étaient disposés à s'y installer. L'immeuble n'ayant pu être loué à capacité, il fut éventuellement transformé en habitations en copropriété, entraînant de lourdes pertes pour la Commission de logement. La leçon de l'importance capitale de l'emplacement aura servi. Selon d'autres études sur la satisfaction des locataires, les répondants âgés accordent une grande importance à la proximité des services sociaux et de santé ainsi que l'accessibilité aux services de réparation et d'entretien domiciliaires[57,123,141]. Les logements répondant aux aspirations du marché des plus de 75 ans et situés dans une collectivité ou un quartier doté de services bien organisés pour les personnes âgées auront plus de chance de succès.

Caractéristiques de l'habitation

Les caractéristiques de l'habitation peuvent être examinées sous deux aspects : celui de l'espace vital privé disponible pour chaque personne et celui des aires semi-publiques, c'est-à-dire les halls, les salles communes, etc. Il existe à la fois des caractéristiques conceptuelles et des caractéristiques propres aux installations et aux services qui sont de nature à satisfaire la clientèle des personnes âgées.

Les difficultés reliées à la mobilité peuvent survenir à tout âge ou à toute étape de la vie. Les escaliers représentent déjà un obstacle pour une personne qui manoeuvre une voiture d'enfant, une bicyclette ou un chariot de magasinage ou à bagages, mais pour une personne qui est temporairement ou en permanence confinée à un fauteuil roulant, cet obstacle devient insurmontable. En ce qui concerne les espaces vitaux privés et publics, il est bien sûr que pour les plus de 75 ans, des caractéristiques conceptuelles telles que portes et couloirs plus larges, moins de marches d'escaliers, en un mot tout ce qui peut faciliter l'accès, seront appréciées. Ainsi, dans la conception des espaces de vie destinés aux personnes âgées, il est extrêmement important de réduire au minimum l'utilisation d'escaliers. Par ailleurs, cette meilleure accessibilité peut également intéresser un large éventail de catégories d'âge. En outre, elle permet aux résidents qui accusent des signes de vieillissement sur place de demeurer là plus longtemps et, éventuellement, d'éviter un futur déménagement.

Le défi que devront relever les concepteurs, architectes et constructeurs d'aujourd'hui et de demain consiste à faire en sorte que les caractéristiques qui devraient être courantes dans notre environnement quotidien deviennent une réalité. Il s'agit de réaménager notre milieu pour qu'il nous assure le confort matériel, la commodité et le maximum d'autonomie[158]. Dans les unités ou dans les maisons, les études menées

auprès des résidents ont démontré que les innovations conceptuelles comme les robinets à levier et les poignées de porte ainsi que les belles barres d'appui de la salle de bain, les miroirs extensibles muraux d'accès facile pour le rasage et la toilette, les interrupteurs automatiques d'éclairage qui se déclenchent dès qu'il y a un bruit dans la pièce et qui s'éteignent lorsque le silence est revenu, les téléphones à gros boutons ou à commande vocale, pour n'en nommer que quelques-unes, sont importantes pour les répondants âgés, particulièrement ceux qui souffrent de troubles fonctionnels[140,158]. Les boutons d'appel de sécurité constituent également une innovation souhaitée, notamment par les plus de 75 ans[8,39,140]. Les chercheurs de l'étude de Victoria (Colombie-Britannique) ont demandé aux répondants s'ils croyaient que leur condition de vie actuelle pourrait être améliorée par l'installation d'un certain nombre d'éléments de logements en milieu de soutien. Comme l'indique le tableau 2.1.3, l'installation d'un système d'alarme représentait l'élément le plus souhaité.

TABLEAU 2.1.3
PRÉFÉRENCES À L'ÉGARD DES ÉLÉMENTS OFFERTS DANS LES LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN, PAR GROUPE D'ÂGE*

ÉLÉMENT	POURCENTAGE D'INTÉRESSÉS PAR GROUPE D'ÂGE		
	<75	75+	TOTAL
Systèmes d'alarme	37.3	50.2	42.4
Personne que vous pouvez appeler	26.1	50.2	35.8
Repas	18.1	34.0	24.4
Personne qui s'assure de votre état	15.0	23.9	18.5
Activités	16.2	16.3	16.2
Buanderie	9.9	20.1	14.0
Taille de l'échantillon	(321)	(212)	(533)

*Question :«Votre situation d'hébergement actuelle serait-elle meilleure si l'immeuble était doté d'une salle à manger centrale où vous pourriez acheter vos repas, si vous le désiriez? etc.

Référence : Baker, 1987

Outre les innovations conceptuelles, il existe un bon nombre de petits avantages liés à l'immeuble pour lesquels les personnes âgées ont des préférences. Une importante innovation est la disponibilité d'un concierge que l'on pourrait appeler en cas d'urgence. Une étude sur le degré de

satisfaction à l'égard du logement pour personnes âgées a permis de constater que le concierge sur place était la première personne qui était appelée immédiatement après les parents, lorsque les locataires avaient besoin d'une aide personnelle[57]. Selon les recherches de Baker, comme l'indique le tableau, la présence d'une personne que l'on peut appeler est cotée par les répondants de plus de 75 ans comme étant aussi souhaitable que l'installation d'un système d'alarme[8].

L'accès à des services de restauration sur place est souvent un élément très prisé des logements spéciaux pour retraités, et dans le tableau 2.1.3, il figure au troisième rang. Toutefois, dans la pratique, dans certains immeubles de logements où les résidents ou les locataires disposent de leur propre cuisine, les services de restauration sont sous-utilisés[26,58]. Il est donc important que les promoteurs examinent la situation cas par cas et fondent leurs décisions sur les besoins éventuels des occupants.

Enfin, selon un souhait exprimé par quelques-unes des personnes enquêtées, une certaine «discrétion» doit être apportée en incorporant au bâtiment les éléments destinés à le rendre plus accessible et plus sûr pour les occupants âgés, pour éviter de lui donner un caractère de «place pour les vieux»[140].

2.2 Conditions préalables au succès

Vu que les solutions de logement pour les plus de 75 ans doivent réunir les aspects de l'abri et des services, un certain nombre de préalables susceptibles de faciliter le lien entre ces deux éléments doivent être respectés. Ces préalables, qui concernent à la fois les consommateurs - les personnes âgées et leur famille - et les fournisseurs, à but lucratif ou non lucratif, peuvent se ranger en deux grands groupes : a) sensibilisation et compréhension et b) disponibilité et promptitude dans la prestation des services.

2.2.1 Connaissance et compréhension

Le fait que les clients éventuels et aussi les fournisseurs ignorent l'existence des services communautaires, de certains choix de logements et de l'éventail d'options réunissant ces deux éléments, s'est avéré un important inhibiteur en ce qui concerne leur utilisation[38,70,102,136]. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une question concernant strictement les plus de 75 ans, les études ont indiqué que ce dernier groupe ainsi que les plus de 85 ans sont moins susceptibles que leurs cadets de savoir où s'adresser pour obtenir de l'aide[38,70,136,142]. Puisque ce sont ces personnes âgées qui ont le plus besoin de ces services, il est particulièrement important de trouver les moyens nécessaires pour améliorer l'acheminement de l'information vers ce groupe cible.

Une récente initiative prise dans la région d'Ottawa-Carleton constitue un pas dans la bonne direction pour résoudre les difficultés qu'éprouvent les personnes âgées et leurs familles à trouver un logement convenable. Le Conseil sur le vieillissement a financé un petit projet qui a abouti à la création d'un répertoire détaillé sur le logement pour personnes âgées[33]. On peut trouver dans ce répertoire les adresses, les numéros de téléphone ainsi que des descriptions sur les services et le personnel de même que sur les coûts et d'autres données pertinentes concernant les choix de logements polyvalents dans la région. Le Conseil a reçu plusieurs centaines de demandes d'exemplaires de ce répertoire dans les jours qui ont suivi l'annonce de sa publication. Ces demandes provenaient de personnes âgées, de leurs familles et de divers organismes.

Pour les fournisseurs de logements et de services, c'est-à-dire les promoteurs immobiliers et les gestionnaires, la compréhension des besoins et des préférences du marché des plus de 75 ans est un aspect crucial. Elle suppose notamment une meilleure connaissance du processus de vieillissement à la fois physique et social, des moyens dont disposent les consommateurs éventuels, du genre d'aménagements qui seront les plus acceptables et qui répondront à la plupart des besoins, des attitudes susceptibles de changer à mesure que les gens vieillissent, c.-à-d. les préoccupations accrues pour la santé et la sécurité, et d'autres qui ne changeront probablement pas, c.-à-d. que les gens qui, lorsqu'ils sont jeunes, n'aiment pas la compagnie, ne deviendront probablement pas plus sociaux en vieillissant. Les fournisseurs doivent être incités à témoigner de la sensibilité à l'égard des différents groupes linguistiques et ethniques. Les plus de 75 ans dont la langue maternelle n'est pas l'anglais ont peu de chance d'arriver à maîtriser cette langue. Il faudra donc prévoir du personnel et des services appropriés, c.-à-d. préparer des repas qui répondent aux goûts des groupes culturels, pour satisfaire les besoins des personnes appartenant à différentes cultures[58,164].

2.2.2 Disponibilité et prestation

Un certain nombre de questions d'ordre général se rapportant à la disponibilité et à la prestation s'appliquent à l'offre et à la demande de logements et de services pour le marché des plus de 75 ans. Bien que le secteur privé connaisse aujourd'hui une activité intense dans le domaine de l'aménagement de logements spéciaux pour les personnes âgées, dans pratiquement toutes les grandes villes canadiennes, les planificateurs sociaux s'inquiètent beaucoup de ce que le produit offert ne réponde pas aux besoins. La plupart des projets mis en chantier n'ont fait l'objet que de très peu de recherche, s'il en est, et ne sont destinés qu'aux plus sains et aux mieux nantis des personnes de l'âge d'or. Pour beaucoup de promoteurs, la prélocation n'a pas été un succès et les unités vacantes

semblent être la norme plutôt que l'exception. Bien que l'on y offre certains services tels que salle à manger centrale, services d'entretien ménager, sécurité 24 heures par jour, services médicaux d'appoint, habituellement moyennant un déboursé additionnel, les unités sont exiguës, souvent de la dimension d'une garçonnière ou plus petite, et l'on n'a pratiquement prévu aucune disposition pour permettre aux résidents d'y demeurer si leur état santé venait à se détériorer.

Les experts prédisent qu'une saturation du marché haute gamme entraînera la faillite de plusieurs promoteurs immobiliers privés, et que ce qu'il nous faut vraiment, ce sont des choix de logements plus abordables[31]. Le récent inventaire de logements pour personnes âgées effectué dans Ottawa-Carleton montre qu'il y a pénurie au niveau des logements spéciaux pour les gens à revenu moyen, situation qui se retrouve dans d'autres régions du pays[59]. Cette pénurie est peut-être une des raisons principales pour laquelle tant de personnes âgées décident de demeurer dans des maisons «trop grandes», de 3 chambres à coucher ou plus.

Les entrepreneurs privés peuvent prendre le gouvernement comme exemple. Durant les années 60 et 70, le secteur privé ne s'était pas tellement intéressé au marché du logement pour personnes âgées alors que le gouvernement fédéral avait, de concert avec ses partenaires provinciaux, construit des appartements à loyer proportionné au revenus et destinés aux Canadiens âgés. Dans chaque province, des ensembles de garçonnières et d'appartements d'une chambre à coucher ont été construits. La Société de logement de l'Ontario était quelque peu unique en son genre, en ce qu'elle avait préféré construire surtout des unités d'une chambre à coucher. C'est aujourd'hui que l'on reconnaît la sagesse de cette décision alors que plusieurs garçonnières dans toutes les provinces sont boudées, même par les personnes les plus âgées à faible revenu. Malgré cette dernière expérience, quelques promoteurs immobiliers privés entreprennent actuellement la construction de nouveaux projets d'habitation style hôtel qui combinent les chambres ou les appartements avec les services.

Il est évident que les promoteurs immobiliers à but lucratif ou non lucratif intéressés à fournir aux personnes âgées des logements ou des services, devraient être encouragés à procéder à des évaluations plus détaillées des besoins ainsi qu'à des études de rentabilité, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de desservir le marché plus complexe des plus de 75 ans.

Le rôle des gouvernements

Dans le passé, les programmes de logement financés par les gouvernements et qui s'adressaient aux personnes âgées à faible revenu prévoyaient en premier lieu la construction d'appartements sans autres services que l'entretien et, dans certains cas, la présence d'un travailleur social communautaire (les repas n'y étaient prévus que dans des cas exceptionnels). Les concepteurs respectaient les directives concernant l'agencement qui prévoyaient que les cuisines et les salles de bain devaient être faciles d'accès aux personnes dont la faculté de se déplacer était limitée, et l'on avait aménagé des secteurs de loisirs où les locataires pouvaient fraterniser. Aujourd'hui, les autorités responsables du logement constatent qu'un nombre accru de locataires de plus de 75 ans éprouvant des problèmes de santé ont besoin de services qui ne sont pas facilement disponibles.

En ce qui concerne les personnes âgées aux revenus modestes, les gouvernements fédéral et provinciaux ont, par le passé, mis en oeuvre des programmes pour encourager les groupes à but non-lucratif, c.-à-d. les églises, les oeuvres de bienfaisance etc., à construire des logements pour personnes âgées. Ces logements étaient constitués notamment d'appartements autonomes dotés d'installations sociales et de loisirs, d'appartements sans services de soutien, et de projets de chambres avec services. Entre 1980 et 1989, par exemple, la SCHL s'était engagée, par l'intermédiaire de plusieurs programmes de logements sociaux, à faire construire 100 000 unités de logements dans tout le Canada dans le cadre de projets destinés uniquement aux personnes âgées, à l'exclusion des logements faisant partie de projets familiaux occupés par des personnes âgées. De même, le secteur privé a construit au cours des vingt dernières années un éventail de choix de logements destinés aux personnes âgées, notamment des communautés de retraite, des pavillons d'hébergement et des appartements.

Les orientations des politiques gouvernementales influent sur la stabilité potentielle du marché de l'habitation pour personnes âgées de plus de 75 ans. Ainsi, le mouvement actuel vers la désinstitutionnalisation, attribuable en grande partie aux préférences exprimées par les personnes âgées pour les milieux résidentiels, détermine dans une grande mesure le genre de recherche entreprise actuellement ainsi que les choix proposés.

Il conviendrait à ce point-ci, d'ajouter une note à propos du rôle actuel et futur des gouvernements. Ceux-ci ont, à tous les paliers, commencé à méditer, et certains ont pris des mesures en vue d'apporter leur contribution à l'élaboration de «nouvelles idées» qui déboucheraient sur des solutions aux problèmes de logement pour les personnes se trouvant dans le besoin. Bien que des subventions gouvernementales directes soient

nécessaires et qu'elles continueront probablement de l'être, il existe peut-être d'autres moyens, par exemple, une réforme de la réglementation, pour accroître les ressources publiques ainsi que l'offre de logements convenables à des prix abordables. Le gouvernement fédéral (SCHL) a pris des mesures dans ce sens en parrainant et en appuyant financièrement une étude conjointe en collaboration avec l'Association canadienne des constructeurs d'habitations, la Canadian Association of Housing and Renewal Officials et la Fédération canadienne des municipalités afin d'évaluer les règlements actuels régissant le bâtiment et formuler des recommandations.

2.3 Services d'hébergement et de soutien

Comme étape préalable à l'évaluation des choix actuels, la première partie du présent rapport a porté sur une description des besoins, des motivations et des préférences du groupe cible, de même que sur certains des facteurs qui influent sur le succès de la prestation des services. La section 3 abordera un nombre choisi de méthodes de prestation de services de logement et de soutien dans l'optique des possibilités qu'elles offrent pour les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les services de logement et de soutien peuvent être fournis ensemble de plusieurs manières. Les services de soutien officiels, c.-à-d. ceux qui ne sont pas fournis directement par la famille, les amis et les voisins, peuvent être offerts aux personnes âgées vivant dans leur propre maison ou dans des logements spéciaux, par l'entremise des organismes communautaires ainsi que des programmes d'extension à partir des centres d'aide aux personnes âgées existants, des centres d'hébergement, etc. Ils peuvent aussi être fournis par l'intermédiaire des programmes de jour alors que les personnes âgées sont transportées au centre qui dispense les services; ou encore ils peuvent être offerts comme faisant partie d'un ensemble de services résidentiels et de soutien prévus dans les logements construits à des fins déterminées. Il ne s'agit là que de quelques-unes des méthodes employées couramment.

Les options de logement qui sont abordées dans la section suivante vont des diverses façons d'utiliser les maisons unifamiliales actuelles à la mise en oeuvre de projets d'habitations nouvelles et possibles spécialement conçues pour les personnes âgées. Pour chaque option, on envisage l'élaboration de méthodes destinées à faciliter et à améliorer la prestation des services de soutien nécessaires. L'étude relative aux services de soutien porte notamment sur les moyens mis au point en vue d'aider les personnes âgées à continuer à vivre en autonomie dans leur propre maison, et sur les orientations nouvelles et potentielles en vue de fournir les services en les combinant avec divers modes d'hébergement.

3.0 ÉVALUATION DES CHOIX EXISTANTS ET DES NOUVELLES ORIENTATIONS : SOLUTIONS POSSIBLES

Qu'ils désirent demeurer chez eux ou déménager, les aînés ont généralement au Canada un certain choix de logement. Le parc résidentiel conventionnel représente quelques-uns de ces choix; d'autres options sont sous forme de logements conçus spécialement pour la population âgée. L'équipe de recherche s'est réunie pour une journée de consensus et a établi une cote de certains de ces choix variant selon qu'ils conviennent ou non aux personnes de plus de 75 ans. Les cotes indiquent dans quelle mesure chaque option répond réellement aux besoins du groupe cible et quel est son degré de réussite et d'acceptation auprès du consommateur et de la collectivité en général. Lors de cette rencontre, les membres de l'équipe ont également analysé les façons de surmonter les obstacles éventuels au succès en utilisant comme exemples des études de cas réels. Nous étudions ici les nouvelles solutions les plus prometteuses.

Les critères d'évaluation comprenaient quatre catégories générales de variables reconnues comme étant particulièrement importantes dans le maintien de l'autonomie des plus de 75 ans. Voici ces critères :

(1) permet de vivre sans inquiétude - avec l'aide nécessaire pour l'entretien ménager intérieur et extérieur;

(2) procure un sentiment de confiance et de sécurité - ce qui suppose un milieu physiquement accessible et fonctionnel, les aires privées et communes étant conçues pour permettre aux personnes âgées de contrôler leurs propres déplacements;

- donne la sécurité d'un logement permanent, convenable tant sur le plan financier que physique, et permettant d'espérer vieillir chez soi;
- est à la portée de la bourse;
- dispose d'espaces vitaux qui respectent la vie privée;
- dispose d'espaces vitaux suffisamment grands et d'une température confortable, etc.;
- constitue un milieu où les risques de chutes, d'incendie, etc. sont minimisés;
- et permet de continuer de vivre au même niveau (financier et social) qu'auparavant.

(3) avoir accès aux services de soutien (l'aide officielle d'organismes et l'aide officieuse de la famille et des amis) - ce qui comprend les soins médicaux et les

soins de santé, l'aide pour les soins personnels, les repas, etc., les services de counselling et le transport spécial au besoin; et

(4) avoir accès à d'autres commodités importantes - transport ordinaire, magasins, institutions bancaires, bibliothèques, églises, programmes de loisirs et possibilité de maintenir des liens sociaux en visitant les membres de sa famille et les amis.

Dès le début, on a reconnu que les quatre ensembles de critères n'étaient pas réciproquement exclusifs. Par exemple, l'emplacement peut influer sur la disponibilité de certains services et sur leur accessibilité, et de fait, les services sur place complètent souvent ceux qui sont déjà disponibles dans la localité et vice-versa. Au cours du processus d'évaluation, on a attribué à chaque option de logement une cote variant entre 1 et 3 (élevé/moyen/faible) selon la mesure dans laquelle, de l'avis des membres de l'équipe, les quatre éléments étaient présents et pouvaient favoriser l'autonomie. Un aperçu des résultats est présenté dans les pages qui suivent. On trouvera un tableau détaillé des cotes à l'annexe B, Tableau B-1.

3.1 Choix de demeurer chez soi

Bien que la décision de ne pas déménager puisse être latente plutôt que consciente, la plupart des personnes vieillissent dans leur propre résidence. Certains experts conviennent qu'un milieu stable et familier est important pour aider les personnes âgées à mener des vies remplies[98]. Toutefois, le choix de demeurer chez soi - comme locataire ou comme propriétaire - était coté passablement faible pour chacun des quatre critères. Bien que les membres de l'équipe aient convenu que le fait de demeurer dans le foyer familial puisse assurer une pleine autonomie, pour certaines personnes âgées, cette autonomie peut s'accompagner d'un risque accru, surtout si la santé se détériore.

Afin de répondre aux besoins des personnes âgées de 75 ans et plus, la plupart des logements conventionnels - conçus pour une ou plusieurs familles - exigent présentement des modifications pour les rendre plus accessibles et libres d'obstacles. Bon nombre de personnes âgées demeurent dans des habitations qui nécessitent des réparations, ont trop de marches ou sont trop difficiles à entretenir (étant trop grandes ou trop coûteuses). Certaines personnes qui vivent dans de grandes maisons cessent d'utiliser entièrement les étages supérieurs et le sous-sol, lorsqu'elles vieillissent.

L'accès aux services de santé et aux services sociaux nécessaires et aux autres commodités varie selon les facteurs individuels (la conscientisation des personnes ou le genre d'aide nécessaire) et communautaires (emplacement dans le voisinage, rural ou urbain, etc.). Pour les personnes âgées fonctionnellement invalides ou dont les facultés sont affaiblies, qui demeurent encore dans leur propre foyer, l'accès aux services nécessaires et la disponibilité de ces services varient généralement de discutables à très pauvres[74].

On a déjà indiqué que les services de soutien communautaires officiels et officieux sont cruciaux pour les personnes de plus de 75 ans. Cependant, les organismes continuent d'être sérieusement affectés par le manque de financement, le manque de personnel formé, le roulement élevé du personnel, les faibles salaires des travailleurs(euses) domestiques et les longues listes de clients. Certains croient qu'en améliorant la conscientisation et la coordination des services au niveau communautaire, on obtiendrait de plus hauts niveaux d'efficacité; toutefois, il pourrait s'ensuivre une demande accrue que les organismes ne sont pas prêts à envisager.

Il devient de plus en plus évident que pour permettre aux personnes âgées de demeurer dans leur propre foyer, quelle qu'en soit la modalité, la recherche de nouvelles façons de soutenir la famille et les amis et les autres bénévoles dans leurs efforts pour aider les personnes âgées doit constituer une priorité. Certains gouvernements provinciaux au Canada ont déjà accompli beaucoup pour résoudre ce problème. Par exemple, le Manitoba, par le biais de son programme de soins permanents, fournit certains services pour aider la prestation de soins à domicile, y compris l'assistance familiale (soins dispensés à domicile pendant de courtes périodes au cours de la semaine), soins de répit (soins dispensés pendant les fins de semaine ou des périodes prolongées soit à domicile soit dans des résidences pour soins personnels) et des soins de jour pour adultes (permettant la socialisation et offrant des divertissements supervisés pendant la journée)[74]. Le programme se fonde sur un principe de soins permanents, ayant comme objectif de garder le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur propre foyer.

Après avoir étudié pendant quelque temps sa méthode de dispenser des services aux personnes âgées, l'Ontario a annoncé récemment une nouvelle stratégie plus complète de soins à long terme dans la province. La reconnaissance de services qui compléteront et soutiendront les familles et les amis à titre de dispensateurs de soins constituera un élément fondamental du système. Comme point central de la réforme, il y a un mouvement vers une seule entrée et un processus d'admission intégré (interministériel) pour les soins communautaires et les lits dans les établissements pour soins à longue durée, l'accent étant mis sur la formule la plus appropriée de services pour répondre aux besoins de l'individu et de la famille[156].

Les études indiquent invariablement que la plus grande partie de l'aide que les personnes âgées reçoivent vient de sources officieuses; toutefois, les modèles ou tendances dans la prestation des services de soutien changent parfois à mesure que les gens vieillissent. Dans certains cas, le type d'aide nécessaire change au point qu'il devient moins réalisable ou souhaitable (de la part de la personne âgée) de recevoir l'aide de la famille ou d'amis (par exemple, l'aide pour prendre son bain et pour d'autres soins personnels est souvent assurée par des organismes plutôt que par des amis ou la famille[38]). Dans d'autres cas, la fréquence de l'aide nécessaire augmente au point où les voisins et les membres de la famille ne

suffisent plus. Et il existe certaines difficultés ayant trait habituellement à la mobilité, comme monter et descendre les escaliers ou se promener dans la rue, pour lesquelles les personnes de plus de 75 ans (tout particulièrement celles qui demeurent seules) rapportent souvent qu'elles ne reçoivent aucune aide[38,136]. Ajoutons également qu'à mesure que les personnes âgées vieillissent, leurs dispensateurs de soins en font autant, ce qui réduit le nombre des aides disponibles pour dispenser les soins aux aînés. Pour assurer un milieu de soutien aux personnes de plus de 75 ans dans leur propre domicile, il est essentiel de trouver des moyens d'obtenir toute la collaboration possible des sources d'aide officieuses et officielles étant donné que, pour ce qui concerne ce groupe d'âge, elles s'entraident mutuellement.

Il y a actuellement au Canada et ailleurs un certain nombre d'initiatives en cours qui peuvent apporter une contribution importante au soutien nécessaire pour permettre aux personnes âgées de maintenir un style de vie autonome. Certaines de ces initiatives se présentent sous forme de rénovations et de réadaptation des domiciles, tandis que d'autres concernent les moyens par lesquels les services sont dispensés.

3.1.1 Réhabilitation et adaptation du foyer

La majorité des habitations conventionnelles, tant les maisons unifamiliales que les immeubles d'appartements, ne favorisent pas le vieillissement chez soi. De fait, on n'essaie de rendre le foyer plus sécuritaire et plus accessible que lorsqu'un accident grave est survenu[6]. Les modifications dans l'aménagement peuvent aller d'additions aussi simples qu'une rampe d'accès ou des barres de sécurité ou des améliorations de l'éclairage, à des modifications plus considérables comme le déplacement d'une salle de bain et d'une chambre à coucher à l'étage principal. Ces adaptations et d'autres du même genre pour le foyer sont bien documentées; toutefois, on a fait peu de recherches pour évaluer et vérifier quels types ou formules de modification de l'aménagement sont les plus valables pour aider les personnes à vieillir chez elles. Certains prétendent que les modifications à apporter au foyer pour le rendre plus sécuritaire ne sont pas nécessairement très coûteuses et peuvent se résumer à quelques changements mineurs[6,98].

En vertu d'un programme conçu pour analyser les choix qui peuvent permettre aux personnes âgées affligées de certains troubles physiques de maintenir un style de vie autonome, le Département de la santé communautaire, à l'Hôpital général de Montréal, effectue actuellement une étude sur la possibilité d'adapter le foyer des aînés afin de les aider à maintenir ou à restaurer leur autonomie. Le projet, qui est coparrainé par la SCHL, vise à effectuer des changements mineurs peu coûteux mais pratiques aux résidences des personnes de moins en moins jeunes. Ces

modifications sont adaptées au niveau fonctionnel de l'individu ainsi qu'à la structure physique de la résidence. Selon une théorie évidente du programme, «les modifications excessives» ne sont pas une bonne chose et, de fait, elles peuvent même avoir des conséquences négatives au niveau de la capacité de l'individu de s'adapter et de fonctionner de façon autonome.

L'étude comporte trois phases. La première phase (qui est terminée) consiste en la confection d'un instrument pour examiner les améliorations possibles d'un foyer[21]; la phase 2 (de septembre 1988 à décembre 1989) représente l'étape de l'évaluation et de la mise en application; et la dernière phase du projet (de mars 1989 à décembre 1990) impliquera une évaluation de l'impact des adaptations au foyer, au niveau de l'autonomie des personnes âgées qui participent à l'étude.

Il se peut, toutefois, que les modifications au foyer et les services communautaires à eux seuls ne puissent pas répondre aux besoins des personnes de 75 ans et plus affligées de certains des troubles dûs à l'âge et décrits précédemment. Pour bon nombre d'individus, surtout ceux qui vivent seuls, un changement dans le logement qui inviterait davantage la compagnie et l'aide provenant de sources officieuses serait peut-être la solution.

3.1.2 Changements dans la formule de logement

Un changement dans la formule de logement peut être réalisé en modifiant une résidence unifamiliale de façon qu'elle puisse être convenablement cohabitée par deux personnes sans lien de parenté, ou encore en y ajoutant un appartement. L'une ou l'autre solution nécessite habituellement un certain degré de rénovation de la maison.

La cohabitation - Un parent âgé ou des parents âgés qui cohabitent avec un fils ou une fille et sa famille est une réalité assez commune, particulièrement chez certains groupes ethniques, et peut s'avérer une expérience fort valable pour toutes les parties. En se fondant sur ce principe, de plus en plus de collectivités créent des organismes qui aident les gens soit à louer une chambre à quelqu'un dans leur propre foyer, soit à trouver un tel foyer pour une personne à la recherche d'une chambre dans une résidence étrangère. Cette formule de «cohabitation» peut constituer une solution de logement pratique et abordable pour les personnes de plus de 75 ans.

Il existe au moins trois facteurs qui semblent stimuler la propension à la cohabitation : une situation financière dégressive, la perte d'un compagnon et une détérioration de l'état de santé. L'augmentation des

coûts du logement, la compagnie et le soutien mutuel, le désir de demeurer chez soi et d'être indépendants et le désir d'une atmosphère familiale sont les motifs les plus communément invoqués par les personnes qui désirent partager leur foyer[110,129]. L'équipe de recherche voit dans cette solution un choix valable pour les personnes de plus de 75 ans qui demeurent seules, étant donné qu'elle s'attaque à la fois à la question financière, à la sous-utilisation des logements et des appartements, à la solitude, à l'incapacité d'entretenir un logement et à la crainte de demeurer seul.

Certaines tentatives de cohabitation durent plus longtemps que d'autres. Un changement dans l'état de santé de l'un ou des deux compagnons et le besoin conséquent d'un plus haut niveau de soins constituent deux des principales raisons données aux fins de dissolution (indépendamment de l'âge des personnes qui cohabitent)[92,129] et, c'est précisément dans de telles conditions que la cohabitation n'est plus la situation idéale pour les personnes de plus de 75 ans. Toutefois, au moins deux facteurs se sont avérés des influences positives sur la durée et la qualité de la cohabitation. En premier lieu, les entreprises de cohabitations organisées par un organisme connaissent plus de succès que celles qui sont organisées privément. Et il semble que l'assurance de la permanence dépend fortement du lien créé avec les organismes officiels engagés, c'est-à-dire les Églises, les sociétés à but non lucratif ou les organismes gouvernementaux qui prennent la responsabilité de sélectionner et d'associer les personnes[63]. En deuxième lieu, un facteur particulièrement intéressant pour les plus de 75 ans, plusieurs évaluations ont démontré les bonnes chances de succès du regroupement de personnes âgées avec des individus plus jeunes, où les deux parties ont des besoins mutuels qui peuvent être troqués (par exemple, une personne âgée réduit le coût du loyer, et en retour un étudiant pensionnaire s'occupe de l'entretien des lieux)[43,50,110]. Toutefois, les types d'aide que peut fournir un pensionnaire sont limités et ne couvrent pas généralement les soins de santé.

Une option pour la personne âgée financièrement à l'aise, qui désire un plus haut niveau de soins et accepte de partager son foyer consiste à embaucher une aide qui est non seulement logée et nourrie, mais qui reçoit également un paiement pour ses services. Ce genre de solution peut être parrainé par un organisme à but lucratif ou non lucratif. Le rôle de l'organisme serait de recruter et d'évaluer les candidats et de faciliter les arrangements entre les parties[43].

Différents modèles de cohabitation parrainés par un organisme sont mis à l'essai aux États-Unis[84] et c'est le «modèle de dépendance» où certaines formes de soins personnels sont négociées, qui nécessite le plus fort engagement de la part de l'aide. C'est également le moins fréquent, étant estimé à seulement 5 p. 100 environ de tous les accords de cohabitation aux États-Unis[84].

Le modèle de dépendance comporte le plus de défis pour les gestionnaires de cas de cohabitation étant donné que ceux qui acceptent de partager leur demeure sont en général des personnes très avancées en âge, ont de graves problèmes de santé et par conséquent ont besoin de beaucoup d'aide - habituellement de plusieurs services en dehors de la cohabitation[85]. On doit consacrer beaucoup de temps au cours de l'étape de la sélection et de l'association pour s'assurer que les deux parties s'entendent sur leurs attentes mutuelles et que la partie la plus vulnérable ne soit pas lésée au plan de la sécurité ou de la propriété. La surveillance continuelle du cas est également d'une importance capitale pour la réussite de la cohabitation, et souvent d'autres membres de la famille jouent un rôle clé en organisant les services et en les supervisant. Dans ces cas, l'organisme joue surtout un rôle d'information et de soutien[85].

Dans la plupart des modèles de cohabitation, le pire inconvénient est peut-être l'absence de vie privée pour les deux parties, étant donné que le vivoir, la cuisine et souvent la salle de bain sont des pièces communes. Des recherches antérieures ont démontré que l'importance de la vie privée augmente avec l'âge[96] de sorte que dans le cas des individus pour qui cet aspect est crucial, il doit y avoir des «compromis».

L'aménagement spatial d'une maison ou d'un appartement peut favoriser ou entraver la cohabitation. On a publié récemment dans un journal de Toronto la solution proposée par un promoteur immobilier d'habitations en copropriété (Bramalea Ltd.) au problème d'assurer aux occupants l'intimité en présence des styles de vie différents d'aujourd'hui. Cette unité est sûrement convenable pour la cohabitation. Présentée comme «l'appartement à ailes séparées», l'unité contient deux ailes distinctes, dont chacune comprend une chambre à coucher et une salle de bain attenante. Le vivoir et la salle à manger sont situés entre ces deux ailes, de façon à donner à l'unité une forme triangulaire. (Voir l'illustration à l'Annexe C, Figure C-1).

Aménagement d'un appartement - Une option qui permet à un propriétaire de demeurer chez lui et de partager sa résidence, tout en sauvegardant sa vie privée, consiste à convertir sa maison pour y aménager un appartement autonome. Il y a certains prérequis évidents à ce choix : avoir une maison propice à une telle conversion et avoir accès à des ressources financières suffisantes pour effectuer les travaux. Une récente évaluation situe le coût de reconstruction entre 5 000 $ et 20 000 $, selon les circonstances[91].

Pour les personnes ayant plus de 75 ans et qui deviennent débiles à cause de l'âge, l'appartement accessoire (comme on appelle souvent ce choix), peut offrir un revenu additionnel, de la sécurité, de la compagnie et de l'aide pour l'entretien de la maison. Toutefois, les restrictions concernant

la quantité et le niveau d'aide fournie sont les mêmes que dans la cohabitation, et lorsque de sérieux problèmes de santé surviennent, la nature des rapports propriétaire-locataire a tendance à changer.

Il existe en général deux types d'appartements accessoires : 1) certaines familles ajoutent un appartement à leur résidence pour inviter un parent âgé à vivre avec elles, ou 2) une personne âgée ou un couple ajoute un appartement à une résidence trop grande et prennent un locataire. Dans ce dernier cas, le modèle implique habituellement des personnes sans lien de parenté et se fonde souvent sur le besoin mutuel, un revenu additionnel et plus de sécurité pour le propriétaire et un logement abordable pour le(s) locataire(s).

Les résultats d'une récente enquête de locataires et propriétaires parents et non parents, aux États-Unis, démontrent le potentiel d'un logement en milieu de soutien pour le groupe de personnes âgées de plus de 75 ans[72]. Selon l'enquête, 52 p. 100 des locataires rendaient certains services aux propriétaires et 26 p. 100 recevaient une forme quelconque d'aide.

La plupart du temps, la location d'un appartement se fait privément, mais il existe des organismes (ils sont plus communs aux États-Unis) qui aident les gens à se trouver un logement ou un locataire. Les frais de l'organisme peuvent être récupérés au moyen d'un système d'honoraires correspondant au montant du loyer que le propriétaire recevra[72].

Le peu d'empressement à employer des experts en rénovation et en réfection, pour des raisons financières ou autres, constitue un important obstacle au développement éventuel de cette formule de logement pour personnes âgées[73]. Certains reprochent à l'industrie de la construction d'ignorer que les besoins des personnes âgées constituent un marché important et de ne pas développer des stratégies de commercialisation appropriées[73]. D'autres considèrent qu'il serait opportun de conscientiser davantage les gens au sujet des modes de financement de rechange, comme le prêt hypothécaire de conversion[32].

La plupart des personnes âgées qui possèdent leur propre résidence avaient déjà remboursé entièrement leur hypothèque avant d'atteindre l'âge de 65 ans. Recourir à un prêt hypothécaire de conversion constitue une façon d'utiliser l'avoir propre de la résidence pour financer une dépense importante, comme un appartement accessoire ou d'autres modifications à la résidence. Il existe un certain nombre de modalités différentes. (Voir «Logement pour les Canadiens âgés : nouveaux mécanismes financiers et modes d'occupation», par la SCHL, 1988). Une façon courante de procéder comporte des paiements mensuels réguliers versés par le prêteur au propriétaire basés sur une formule qui tient

compte de la valeur de la maison, de l'évolution future des taux d'intérêt et des prévisions actuarielles de la longévité du(des) propriétaire(s)[22].

En résumé, les membres de l'équipe de recherche ont accordé une cote passablement élevée à la cohabitation et aux appartements accessoires comme moyens d'assurer une formule de logement qui libère de tout soucis et procure un sentiment de sécurité et d'assurance aux personnes âgées. Toutefois, pour ce qui est des services de soutien et de l'accès aux agréments, il est évident qu'une meilleure liaison avec les ressources communautaires doit exister afin que ces options soient plus aptes à répondre aux besoins des plus de 75 ans.

3.1.3 Récentes initiatives de services de soutien qui aident les gens à vieillir à la maison

Certaines idées innovatrices prennent naissance actuellement au Canada, aux États-Unis et ailleurs, et visent à soutenir les personnes âgées (et leur famille) afin d'augmenter leur chance de demeurer chez elles. Nous en décrivons quelques-unes dans les pages qui suivent. La nouvelle orientation peut-être la plus spectaculaire provient de l'avènement de nouveaux produits et de nouvelles applications technologiques. Ces produits comprennent non seulement différents dispositifs d'aide (tels que des interrupteurs automatiques d'appareils ménagers), mais également des systèmes d'intervention d'urgence et des mécanismes ou appareils à la fine pointe du progrès technologique. Comme ces formes d'aide technique peuvent être utiles à la fois aux personnes âgées vivant dans leur propre maison et à celles qui résident dans des logements pour retraités, une étude détaillée de leurs avantages pour les plus de 75 ans est reportée à une prochaine section (voir l'article 4.0).

Aide aux modifications des maisons - Les services communautaires qui visent à aider les gens à effectuer des modifications à leur résidence afin d'en faire un endroit convenable pour y vieillir sont passablement récents et en sont encore au stade expérimental dans certains endroits. Ces services peuvent prendre la forme de subventions ou d'autres formes d'aide financière, de conseils sur les réparations à effectuer et sur les meilleures ressources à embaucher, et comprendre jusqu'à l'exécution elle-même des travaux.

Depuis un certain temps, la France a adopté un «programme de restauration domiciliaire» qui se concentre sur l'amélioration de l'environnement matériel des personnes à la retraite afin que tous les foyers aient des installations et un système de chauffage adéquats[125]. Le programme est appliqué au niveau de chaque localité par le biais de «secteurs de services» spécialisés. Les pays comme l'Angleterre et le Pays

de Galles ont également une gamme de services d'amélioration domiciliaire au niveau local, dont certains sont plus récents que d'autres[40,165].

Dans le cadre d'une initiative en Angleterre, des services sont dispensés par un organisme (qui peut être parrainé par les autorités locales, les associations de l'habitation, les organismes bénévoles et le secteur privé) dont le principal objectif est «d'aider les personnes âgées en déterminant les travaux qui doivent être effectués pour améliorer leur résidence, en établissant des estimations, en retenant les services des entrepreneurs et en organisant le financement et la surveillance des travaux sur les chantiers»[164]. Ces services se sont avérés précieux afin de permettre aux personnes âgées débiles de demeurer dans leur foyer et ils prennent de l'expansion grâce à un financement public accru[164].

Les États-Unis ("Modifying Environments for Older People") et l'Australie ont adopté récemment des programmes de modifications de maisons. Le programme australien "Home modification and renovation scheme" vise les personnes handicapées, y compris les personnes âgées[41]. Le programme est géré par le Department of Housing (avec l'aide du Department of Health) et en est à l'étape d'essai dans quelques secteurs locaux. Il offre des conseils d'un constructeur qualifié qui évaluera les travaux à effectuer (les changements peuvent comprendre des rampes, des garde-fous, des modifications aux salles de bain, aux cuisines, etc.), obtiendra, si nécessaire, les services de gens de métiers et supervisera les travaux.

Le programme offre également une aide financière, habituellement sous forme de prêt remboursable. Le montant du prêt dépend de facteurs comme le revenu de l'individu et la valeur de la maison. Pour les personnes de plus de 65 ans, le prêt peut être remboursé à même leur succession[41].

Il existe un certain nombre de programmes sur la «sécurité au foyer», aux États-Unis, dont l'objectif est de réduire chez les personnes âgées l'incidence des chutes (déjà identifiées comme étant un risque menaçant pour les plus de 75 ans) au moyen de stratégies simples comme redisposer les meubles et utiliser des meubles de couleurs appropriées de façon à aider les personnes ayant une vision limitée. La section Consumer Affairs de l'"American Association of Retired Persons" a créé récemment une trousse éducative appelée "Making Life a Little Easier: Self-Help Tools for the Home" qui consiste en une projection de diapositives d'une durée de 50 minutes sur la façon dont des solutions peu coûteuses peuvent faire toute la différence entre se priver d'une activité agréable et demeurer actif[5].

Les États-Unis connaissent également une augmentation du nombre de sociétés privées d'«évaluation domiciliaire» qui se spécialisent (moyennant un tarif convenu) dans l'évaluation des résidences pour personnes âgées et de leur état fonctionnel. Le potentiel de succès de ce genre de services n'a pas encore été démontré au Canada.

Au Canada, au niveau fédéral, le Programme d'aide à la remise en état des logements (PAREL) constitue la source première d'aide financière pour les propriétaires-occupants qui désirent effectuer les réparations nécessaires mais n'en ont pas les moyens. Ce programme, qui existe depuis quelque temps, peut venir en aide aux personnes âgées handicapées en leur obtenant des prêts et des subventions pour améliorer l'accès à leur maison et la circulation à l'intérieur du logis. Il existe également des programmes provinciaux, mais les services de réfection de maisons offerts aux personnes âgées au niveau local ou du quartier restent relativement rares au Canada.

Relier l'hôpital à la maison

Les exemples présentés ci-dessous indiquent deux façons de relier la maison au système de sécurité d'un hôpital. Le premier consiste en un système d'intervention d'urgence (il y en a plusieurs et tous ne sont pas directement reliés à un hôpital - pour plus de détail, voir l'article 4.0) grâce auquel une personne âgée demeurant dans sa propre maison peut, au besoin, réclamer rapidement l'aide d'un médecin, et le deuxième est une forme de soins hospitaliers administrés à la maison pendant une période de temps prolongée.

La crainte d'une chute ou d'une maladie soudaine est fort réelle pour les personnes de plus de 75 ans qui demeurent seules à la maison et c'est, pour une bonne part, ce qui a inspiré certaines initiatives récentes dans le domaine des **programmes visant à relier la maison à un hôpital au moyen d'un système d'intervention d'urgence**. Un programme élaboré et mis à l'essai au centre de soins ambulants (un hôpital de jour) du Jewish Institute for Geriatric Care, à New Hyde Park, New York, pour les personnes âgées débiles demeurant à la maison et qui ont recours aux services du centre, constitue un exemple de tels systèmes. Le programme fonctionne 24 heures par jour et dispose d'un personnel de trois médecins à temps partiel qui, vu la nature parfois complexe des problèmes de santé des personnes âgées, ont été jugés les plus qualifiés pour répondre aux appels téléphoniques initiaux. Les personnes âgées en détresse utilisent leur propre téléphone en appuyant sur un bouton spécial qui transmet l'appel directement au centre. Les médecins répartissent les appels et réfèrent l'interlocuteur au membre approprié de l'équipe. Lors d'une évaluation du programme, on a constaté qu'au cours d'une journée, sur les 500 patients actifs du centre, environ 5 p. 100 (29) avaient utilisé le système

d'intervention d'urgence après que le centre eût fermé ses portes pour la journée (de 16 h à 9 h le lendemain). De ce nombre, environ la moitié ont été jugés des cas d'urgence pour l'hôpital, tandis que les autres avaient besoin d'ordonnances par téléphone ou simplement d'assurance verbale. Les responsables du système en ont conclu que les patients n'abusaient pas du service d'urgence et que le volume des appels était tel que l'horaire de rotation des médecins n'était pas trop onéreux[173].

Une autre formule de systèmes d'intervention d'urgence reliant la maison à l'hôpital est assez communément appliquée aux États-Unis, dans la province de l'Alberta et, plus récemment, dans un certain nombre d'autres collectivités d'un bout à l'autre du Canada. Le programme diffère de celui que nous venons de décrire en ceci qu'au lieu d'utiliser un téléphone régulier, les patients portent, suspendu au cou, un appareil de signalisation de la forme d'un médaillon, assorti d'un transmetteur (dont différents types et la façon dont ils fonctionnent sont décrits à l'article 4.0). Lorsqu'ils ont besoin d'aide, les abonnés au programme (le coût dans un centre canadien est de 20 $ par mois) n'ont qu'à presser un bouton placé dans le médaillon. Le signal d'alerte est acheminé de différentes façons. Dans certains cas, le signal est transmis à un ordinateur situé à l'hôpital et le numéro de téléphone de l'abonné apparaît automatiquement à l'écran. Un opérateur téléphone immédiatement au client; et dans le cas où il n'y a pas de réponse, il appelle un membre de la famille ou un voisin (dont les noms figurent au fichier) ou signale le 911[99].

Dans au moins un endroit, le programme a été élargi de façon à inclure le grand public et s'adresse aux malades chroniques âgés qui demeurent seuls à la maison ainsi qu'aux aveugles, aux cardiaques, à ceux qui souffrent de problèmes d'équilibre, ou d'hypertension, aux paraplégiques, etc.[99].

Le ministère de l'Habitation de l'Ontario, en collaboration avec la SCHL et le ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario, vient tout juste de terminer un projet consistant à rédiger des devis sur les caractéristiques de rendement du système idéal. On peut obtenir des exemplaires de ces devis en s'adressant au ministère de l'Habitation de l'Ontario.

Une initiative généralement appelée **«L'hôpital à la maison»** constitue une nouvelle façon de relier l'hôpital à la maison en soutenant une personne malade dans un milieu plus familier. En France, où le programme fonctionne depuis quelque temps, la participation active de la collectivité, y compris les dispensateurs de services de santé et de services sociaux, les associations de retraités et les organismes des administrations locales aura constitué un facteur important de succès du régime.

Éventuellement, ce genre de programme ou de régime pourrait contribuer à résoudre le dilemme financier auquel font face les hôpitaux, ce qui reste toutefois à voir. Ce qu'il permet, cependant, c'est que la personne âgée qui normalement aurait besoin d'un séjour prolongé à l'hôpital pourra demeurer dans un entourage qui s'avérera pour plusieurs (mais non pour tous) un établissement plus confortable[125].

Diverses formules de programmes d'hôpital à la maison fonctionnent partout au Canada, et un plus grand nombre en sont encore à l'état de proposition. On peut trouver au Nouveau-Brunswick un exemple de programme canadien. Sous le nom d'«Hôpital extra-muros», le programme a été créé en 1981 par le gouvernement du Nouveau-Brunswick afin de répondre à un certain nombre de facteurs, dont les coûts sans cesse croissants de l'hospitalisation. Le programme a pour objectif d'éviter les admissions inutiles dans les hôpitaux et les centres d'hébergement, et de faciliter les congés hâtifs dans les établissements de soins médicaux. Un certain nombre d'unités locales de services, situées en des endroits stratégiques dans la localité, dispensent aux résidants, dans leur maison, les soins nécessaires[51].

Les coordonnateurs de l'unité sont responsables des admissions au programme, des tâches administratives et de la qualité des soins. Les services fournis comprennent la thérapie alimentaire, respiratoire, clinique et professionnelle, la physiothérapie, la fourniture des appareils auxiliaires, les repas et les services de ménage. Bien que le programme soit conçu pour desservir tous les groupes d'âge, la majorité des usagers (60 %) ont 65 ans et plus. Les individus qui recherchent l'admission au programme doivent être référés par un médecin, et seuls ceux qui peuvent être soignés sans risque à la maison sont admis[51].

Il existe, dans les hôpitaux, plusieurs autres programmes de soins gériatriques, et ils sont trop nombreux pour les énumérer ici, qui visent à améliorer la qualité de vie des aînés sans que ceux-ci soient hospitalisés. Les services médicaux accessibles et les programmes d'hôpitaux de jour sont dispensés dans les hôpitaux et les établissements de soins prolongés partout au Canada, et ces services externes sont reconnus par plusieurs comme une autre solution pour réduire le coût des soins hospitaliers de longue durée.

Aide dans la vie quotidienne

Il a déjà été démontré que la plus importante source d'aide quotidienne pour les personnes âgées est la famille et les amis, et à mesure que les aînés vieillissent et ont davantage besoin d'aide, l'assistance devient de plus en plus à sens unique, ce qui cause parfois de la tension chez la personne qui dispense les soins. Quelques-unes des nouvelles orientations les plus

prometteuses dans les services de soutien au foyer visent à apaiser le stress chez les dispensateurs de soins.

Les soins de jour aux aînés, bien que relativement nouveaux dans le domaine du soutien des aînés au foyer, constituent actuellement une partie intégrante du réseau des services communautaires de soutien qui permettent aux personnes âgées de maintenir leur bien-être et leur autonomie. Les genres de services offerts dans les centres peuvent varier selon la nature du programme, allant du domaine social et récréatif à celui des soins de santé; cependant, les services de soins de jour se distinguent des autres programmes de jour en ce qu'ils s'adressent presque toujours à des clients qui sont physiquement ou mentalement diminués[34]. La plupart des programmes fonctionnent au moins quatre heures par jour, une ou plusieurs fois par semaine, et servent un repas. Ils peuvent être «autonomes» ou parrainés par un établissement ou un organisme existant, tel qu'un centre ou une résidence d'aînés. On y exige presque toujours des usagers une modique contribution, le reste provenant d'une subvention.

Les centres de soins de jour se distinguent habituellement des hôpitaux de jour par le niveau des soins médicaux et des services connexes dispensés à la clientèle. Les hôpitaux offrent normalement une plus vaste gamme de services médicaux, tels que la thérapie au travail et la thérapie physique, alors que les soins de jour ont tendance à se concentrer davantage sur la motivation et le soutien de l'entourage, les activités de la vie quotidienne et la qualité de la vie en général[25].

Aider l'individu à vivre normalement dans sa propre maison et dans la collectivité constitue un important objectif des services de soins de jour pour les personnes âgées[25]. En fournissant un programme régulier et bien structuré dans un milieu de soutien supervisé, le but est non seulement de rehausser le bien-être matériel, social et mental du client âgé, mais également, dans plusieurs cas, d'accorder un moment de répit au conjoint et aux autres dispensateurs de soins dans la famille. Pour que les soins de jour aux personnes âgées soient suffisamment efficaces pour empêcher ou retarder l'admission dans un établissement, on a recommandé récemment, à la suite d'une évaluation, que les programmes soient offerts au moins cinq jours par semaine, qu'un repas soit toujours inclus et que le transport à destination ou en provenance du centre soit inclus ou offert de façon systématique à ceux qui ne peuvent assurer leur propre transport[34].

Les services de soutien aux dispensateurs de soins, bien qu'il en soit souvent question, sont toujours relativement peu nombreux; toutefois, de plus en plus de collectivités lancent de nouveaux programmes. Par exemple, la plupart des grandes collectivités canadiennes offrent des services de répit aux familles qui s'occupent d'un parent âgé. Le service peut être offert à un rythme quotidien, hebdomadaire ou pour une fin de

semaine, et se situer soit «à domicile», soit dans un établissement existant. Ce dernier peut être un hôpital, un centre d'hébergement ou un autre genre de maison de retraite disposant d'un personnel de soutien compétent. Habituellement, on ne réserve qu'un ou deux lits à cette fin et on s'entend généralement pour dire que cela n'est pas suffisant. Dans certaines provinces, une aide financière est également disponible au dispensateur de soins, mais celle-ci est encore fort restreinte.

Les services de répit «à domicile» fonctionnent généralement par le biais d'un programme de soins à domicile ou un service privé d'hébergement et ont l'avantage d'occasionner moins de dérangement et d'offrir plus de continuité, facteurs si importants pour bon nombre de personnes âgées. Bien qu'il en existe quelques exemples, ces deux modes de services sont encore sous-explorés tant par le secteur privé à but lucratif que par les regroupements de bénévoles.

Les **«compagnons de vie»**, une nouvelle initiative qui a débuté aux États-Unis, principalement dans le secteur privé, vise à fournir des compagnons à long terme aux personnes âgées ayant besoin d'aide pour le ménage, la préparation des aliments, le transport et les soins personnels[43]. On pourrait concevoir un système semblable à plus court terme pour accorder un répit aux dispensateurs de soins.

Le **«Barter Exchange Services»** (les services d'échange en troc), un autre exemple d'une nouvelle idée basée sur un vieux principe[43], est un réseau de services qui prend actuellement de l'ampleur aux États-Unis. Il s'agit d'un système d'entraide entre les familles impliquées à fournir des soins aux parents âgés demeurant à la maison; ces familles s'échangent des services. Par exemple, une partie peut avoir une voiture et être en mesure de fournir le transport à une autre personne qui a besoin de répit, en échange d'une aide pour faire le ménage ou préparer les repas. Les possibilités sont tout à fait inépuisables et les échanges pourraient être organisés par le biais d'un organisme bénévole. Au Canada, il existe de nombreux groupes d'entraide pour les personnes âgées qui pourraient agir comme promoteurs de ce genre d'initiative.

«Des groupes de soutien aux dispensateurs de soins» ainsi que des programmes dont le but est de fournir des renseignements aux personnes qui soignent un parent âgé commencent à faire leur apparition. Par exemple, un groupe de soutien aux dispensateurs de soins a vu le jour à Ottawa-Carleton et se réunit une fois par semaine dans le but d'échanger de l'information et de rechercher des conseils. Ce groupe est issu de la réaction enthousiaste de la communauté à un atelier d'une journée à l'intention des dispensateurs de soins[174]. Une initiative semblable fonctionne dans le comté de Niagara, en Ontario[134].

L'Ambulance St-Jean pilote sur le plan national deux programmes d'éducation : **«Soins pour les personnes âgées»** et **«Vieillir en santé»**, qui sont offerts aux personnes âgées et à leur famille, dans le but de les aider à satisfaire aux exigences à la fois de vieillir et de demeurer dans leur propre maison. Les thèmes des cours comprennent, entre autres, le contrôle du stress, comment assurer le confort et la sécurité au foyer, les faits concernant le processus de vieillissement, la nutrition, la manutention des médicaments[17]. Le Département de gérontologie et le Centre d'éducation permanente, à l'Université Mount Saint-Vincent, à Halifax, ont recours à une approche semblable pour aider le dispensateur de soins.

Le projet **«Soins aux dispensateurs de soins»** qui a bénéficié d'une subvention pendant trois ans de la part de Santé et Bien-être Social Canada en vertu de son programme sur l'autonomie des personnes âgées, vise à assurer l'éducation, l'accès aux renseignements et le soutien émotionnel aux dispensateurs non professionnels de soins dans les secteurs ruraux et urbains de la Nouvelle-Écosse. Dans le cadre du programme, une série d'ateliers de six semaines sera tenue dans plusieurs villes et diffusée dans le reste de la province grâce au réseau de télé-éducation par la télévision de l'Université (DUET). Les responsables du projet se proposent en outre d'établir un centre provincial de ressources dans le Département de gérontologie de l'Université pour poursuivre les programmes éducatifs à l'intention des dispensateurs de soins[119].

La contribution des entreprises du secteur privé et du secteur public à un nombre sans cesse croissant de programmes d'aide aux dispensateurs de soins doit également être reconnue. On peut trouver au Canada et ailleurs des **«initiatives de l'employeur»**, bien qu'elles soient peu nombreuses. Le programme "Elder Care Referral Service" - [ECRS] (Service d'aiguillage des soins aux personnes âgées [SASPA]) fournit aux employés de la société IBM, aux retraités, et à leurs conjoints, par le biais d'un réseau de 175 organismes communautaires aux États-Unis, un counseling individuel, une abondante information aux consommateurs et des recherches actives individualisées en vue d'un aiguillage vers les soins requis. Le programme, qui est soutenu par l'employeur et centré principalement sur le dispensateur de soins, a été lancé à la suite d'une étude de faisabilité, en 1986, qui révélait les difficultés rencontrées par les membres de la famille lorsqu'ils essaient de trouver de l'aide appropriée pour un parent ou un conjoint âgé. Bien que le SASPA n'est pas considéré comme un programme de gestion de cas (des exemples de la méthode de gestion de cas figurent dans la section suivante), il en comprend certains des éléments comme l'évaluation, la planification, la recommandation et le contrôle. Chaque employé qui utilise le service reçoit un manuel pour soins aux personnes âgées, conçu comme un guide utile à tous les dispensateurs de soins qui désirent connaître quels genres de services existent en matière de soins aux personnes âgées[130].

Une récente enquête menée par le Conference Board du Canada sur les avantages, pratiques et politiques offerts par les institutions canadiennes pour venir en aide aux travailleurs qui assurent des soins à leurs parents âgés, a révélé qu'une faible proportion de sociétés canadiennes assurent une forme quelconque d'aide. Environ 2 p. 100 des quelques 370 employeurs qui ont répondu ont déclaré qu'ils offraient des avantages destinés à aider les employés à soigner les personnes âgées soit à la maison, soit dans un établissement, et environ 1 p. 100 ont indiqué que leur institution offrait ou assurait l'accès aux établissements de soins pour personnes âgées[126].

Nouvelles orientations dans la coordination et la prestation des services aux personnes de plus de 75 ans à risque élevé

La possibilité d'identifier ces personnes, d'évaluer leurs besoins et d'y répondre de façon précise constitue un élément crucial pour pouvoir assurer aux personnes âgées à risque élevé l'aide dont elles ont besoin pour demeurer à la maison. Il est assez évident qu'un ensemble de facteurs rendent les personnes de plus de 75 ans plus susceptibles de perdre leur autonomie; toutefois, nous ne disposons pas encore des moyens requis pour déterminer quelles interventions communautaires sont nécessaires pour aider ce groupe cible. Nous n'avons pas encore trouvé non plus quelle est la meilleure façon de dispenser les services à ce groupe.

Parmi les initiatives les plus récentes, il y a les programmes (en cours ou proposés) ou les plans qui utilisent une méthode coordonnée et holistique pour l'évaluation et la prestation des services. Ceux que nous exposons brièvement ici se retrouvent en divers endroits et comprennent : a) la méthode de gestion cas par cas, b) le programme des options de vie en collectivité, c) le programme de soins à vie à domicile, d) la vie en commun, e) les modèles où le logement comprend les services à l'intention des locataires à risque élevé, et f) l'équipe d'intervention rapide.

a) La méthode de gestion cas par cas

La gestion cas par cas sera étudiée ici de façon générique, étant donné qu'il y a un certain nombre de modèles et plusieurs variantes à l'intérieur de chaque modèle. En termes simples, la gestion cas par cas est la coordination d'un groupe déterminé de ressources et de services à l'intention d'un groupe défini de personnes. Plusieurs la considèrent comme une panacée pour améliorer les services de santé et autres en les rendant plus accessibles, plus appropriés et de plus haute qualité[86]. La gestion cas par cas comporte quelques éléments importants qui, dans leur séquence habituelle, comprennent : 1) la découverte du cas ou la sélection, pour identifier les personnes dans la population cible qui ont besoin de services, 2) l'évaluation, pour déterminer les besoins individuels non

satisfaits, 3) la planification des soins qui nécessitent des décisions concernant la façon dont les besoins identifiés dans l'évaluation peuvent être satisfaits, 4) la mise en application du plan, 5) la surveillance tant du progrès du client que de la pertinence des services donnés en vertu du programme et 6) la réévaluation ou le suivi formel à intervalles, pour mesurer le besoin continu. L'application ordonnée de chaque composante dans la pratique dépend en grande partie des ressources disponibles et de la structure hiérarchique de l'autorité[86].

La gestion cas par cas n'est pas une idée nouvelle, mais des modèles innovateurs axés sur les personnes âgées et débiles prennent forme constamment. Par exemple, il existe des modèles qui prennent leurs racines dans la clientèle établie d'un groupe médical multidisciplinaire. Le gestionnaire choisi au sein de l'équipe pour prendre en charge un cas donné assume la responsabilité de coordonner les activités de l'équipe, de planifier le programme, de créer les réseaux et d'organiser des projets en collaboration avec d'autres organismes ou institutions communautaires pour venir en aide à la personne âgée. Dans la plupart des endroits, on a abondamment recours à des bénévoles, habituellement des professionnels de la santé à la retraite, pour aider à la sélection initiale et aux évaluations[11]. Des experts s'appliquent à améliorer constamment les instruments de sélection afin de mieux identifier les personnes âgées à risque élevé. La méthode fondée sur la clientèle d'un groupe de médecins est en voie de devenir de plus en plus courante aux États-Unis et au Canada.

Une autre méthode se concentre sur les organismes communautaires eux-mêmes et mobilise la synergie et la coopération qui existent déjà entre la plupart des organismes. Dans un projet de démonstration, aux États-Unis, "The Living at Home Program" (Le programme de vie au foyer [LAHP]), un organisme d'avant-garde a bénéficié d'une subvention pour chaque site afin de constituer un réseau de sociétés affiliées de bénévoles dont la tâche commune est de rationaliser l'accès aux soins pour les personnes âgées, réduire le double emploi des services, identifier les carences persistantes dans les services et imaginer des moyens innovateurs de les combler[81]. Un certain nombre de sites de démonstration du LAHP ont été établis pour cibler différentes sous-populations, y compris les personnes âgées débiles des quartiers pauvres dans différents voisinages ethniques, les personnes seules demeurant dans des hôtels à chambres individuelles du centre-ville, les personnes âgées menacées de devenir des sans-foyer par suite d'un réaménagement du centre-ville et enfin les personnes âgées rebelles, (c.-à-d. les personnes dans la rue). Le programme LAHP fait l'objet d'une évaluation par des chercheurs de l'Université Northwestern, à Evanston, Illinois[81].

On discute encore pour tenter de déterminer quels chef-lieu, groupe professionnel et affiliation de programme sont les plus appropriés pour la dispensation des services, ou pour savoir si oui ou non la fonction de gestion cas par cas devrait être séparée de la prestation des services, ou si les gestionnaires eux-mêmes devraient avoir une formation en médecine ou en travail social. Toutefois, que l'intermédiaire le plus approprié pour dispenser les services de gestion cas par cas soit un organisme de services de santé ou de service social, la plupart des provinces au Canada adoptent actuellement une méthode plus centralisée pour fournir ces services. À titre d'exemple, le modèle communautaire de soins prolongés, au Manitoba, fonctionne à partir du Bureau des soins permanents relevant du ministère provincial de la Santé, et coordonne la prestation des services par l'entremise de dix bureaux régionaux. Une infirmière et un travailleur social travaillant à la même adresse s'occupent de l'évaluation, et les services sont organisés par le coordonnateur de cas compétent, selon les besoins établis. Le modèle relie le secteur des établissements officiels (les foyers de soins personnels) et les soins dispensés à domicile sous le terme de soins permanents. En Nouvelle-Écosse, les services de santé, de logement et les services sociaux sont organisés par le biais d'un programme de soins à domicile récemment établi qui fonctionne au niveau communautaire dans toute la province.

b) Le programme des options de vie en collectivité

Un exemple de méthode d'évaluation des cas à risque élevé, le «Programme des options de vie en collectivité», est actuellement à l'essai en Australie méridionale[1]. Le programme vise à différer l'entrée dans des centres d'hébergement, et se fonde sur des principes qui pourraient tout aussi bien être appliqués à d'autres formules d'admission en établissement. Ce qui se produit est, en réalité, une réévaluation indépendante des personnes qui ont déjà été évaluées comme nécessitant des formes quelconques de soins collectifs en établissement, et qui figurent sur les listes d'attente à court terme. La réévaluation vise à déterminer quels sont les facteurs prioritaires qui nécessitent le déménagement. Le programme se concentre sur ces difficultés et fournit les interventions nécessaires à domicile, soit par le biais des services communautaires existants, soit par la création de nouveaux services, au besoin. Le coordonnateur du programme joue un rôle clé en s'assurant que les services nécessaires sont effectivement reçus. Le programme fonctionne de concert avec huit organismes ou institutions de soins aux personnes âgées.

Le programme des options de vie en collectivité de l'Australie a été évalué récemment et on a constaté qu'il comportait un certain nombre d'avantages. En premier lieu, on a été unanime à reconnaître que le programme améliore la qualité de vie des usagers (en comparaison de ceux qui

déménagent dans des centres d'hébergement), et qu'il est d'un coût avantageux, les dépenses publiques qu'il entraîne y étant moindres que dans les établissements de soins pour personnes agées[1]. Le coûts en capital y est infime, et il ne requiert qu'un personnel de 13 employés à temps partiel, en plus d'un coordonnateur.

Un programme comme celui des options de vie en collectivité pourrait être appliqué au Canada dans les collectivités qui ont adopté une méthode centralisée pour l'admission des malades dans des établissements de soins prolongés. Diverses enquêtes indépendantes ou internes ont démontré qu'un certain pourcentage de lits dans les établissements au Canada sont occupés par des personnes qui pourraient vivre au sein de la collectivité, si les options nécessaires y étaient disponibles. Seulement en Ontario, cette proportion a été évaluée à 50 p. 100 dans certains établissements[90].

c) Le programme de soins à vie à domicile

Un exemple de modèle visant à prodiguer, à un coût avantageux, les soins requis aux personnes âgées qui préfèrent demeurer à la maison a été mis au point par des chercheurs à l'Université Brandeis et en est actuellement à l'essai à Philadelphie. Le programme, qui sera en plein état de fonctionnement lorsqu'on aura recruté 300 membres (au 1er janvier 1989, on comptait 71 membres), est offert à des individus âgés de 65 à 85 ans demeurant dans un rayon de cinq milles de l'Hôpital Jeanes. Le programme de soins à vie à domicile assurera des soins complets de santé et un ensemble innovateur de services aux personnes âgées en bonne santé. Le coût du programme est fondé sur deux principes de finances et d'assurance. Le premier est le paiement anticipé des dépenses en soins de santé, et le deuxième porte sur la mise en commun des coûts. Grâce à l'application de ces deux principes, une vaste gamme de services peuvent être assurés à un coût moindre, par individu, que si chacun les achetait séparément. Des prévisions actuarielles ont démontré qu'il faut au moins 300 membres pour que soit atteint le seuil de rentabilité.

Aux termes du contrat qu'utilise le programme, trois genres de services sont fournis aux participants : 1) un ensemble fixe de services qui comprend des soins intensifs, des soins infirmiers à court terme par un personnel qualifié, des soins personnels à court terme, des soins de santé à domicile, une aide pour l'entretien ménager, des soins en thérapie orthophonique et physique; 2) un ensemble additionnel de services disponibles selon le principe d'un paiement partagé, y compris les soins de répit, les soins de jour, des repas livrés à domicile, les médicaments sur ordonnance, les soins personnels à long terme, les soins infirmiers à long terme par un personnel qualifié, et les soins réguliers d'un podiatre, d'un dentiste et d'un oculiste, et enfin 3) un troisième genre de services comprenant l'entretien de la maison, l'entretien de la pelouse,

l'enlèvement de la neige et la planification financière et juridique. Un système d'intervention d'urgence sera également fourni aux participants atteints d'une maladie chronique ou vivant seuls[139]. Le centre nerveux du programme sera situé au Jeanes Hospital. Une personne qui s'inscrit au programme de soins à vie à domicile peut s'attendre à payer des frais d'inscription variant de 6 750 $ à 10 500 $ US et des frais mensuels d'environ 200 $ en sus de la cotisation à l'assurance-santé. Malgré les coûts, le programme a été recommandé à ceux qui peuvent se le permettre comme un moyen de s'assurer à la fois l'accès aux services et un milieu de vie sécuritaire[29].

Bien que le régime canadien de soins de santé diffère de celui des États-Unis, les compagnies d'assurance privées peuvent explorer la possibilité d'offrir de telles options au Canada.

d) La vie au sein de la collectivité : Nouvelles orientations dans les services à domicile pour personnes âgées débiles

À l'intention spécifiquement des personnes âgées débiles, cette nouvelle initiative du ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario (MSSC) (en collaboration avec le ministère du Logement) est encore à l'étape des propositions. Le programme vise les projets existants de logements à but non lucratif avec fortes concentrations de personnes âgées et peut être élargi pour inclure la prestation de services aux personnes autonomes vivant dans un milieu de soutien tel qu'un petit voisinage bien défini à forte concentration de résidants âgés. Selon la première pièce de documentation publiée sur le sujet[89], le programme vise à permettre aux personnes âgées débiles de continuer à vivre dans leur propre appartement ou maison aussi longtemps que cela est possible et convenable.

Les modèles de services proposés sont de deux espèces : les services à domicile aux personnes autonomes vivant en milieu de soutien, destinés à aider les personnes âgées débiles qui, à cause de besoins d'ordre physique, mental ou social, ne peuvent conserver plus longtemps leur autonomie au foyer sans l'avantage d'un programme complet et intensif de soutien conçu pour répondre à leurs besoins particuliers, et les services supervisés à domicile, destinés aux personnes qui, pour les mêmes raisons, ont besoin d'une aide considérable et d'une surveillance de 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour continuer à vivre en sécurité dans un milieu de soutien au sein de la collectivité. Dans certains cas, tout un étage ou toute une aile d'un immeuble d'appartements peut être désigné comme milieu de soins supervisés. D'autres formules peuvent prévoir des soins supervisés dans une habitation familiale ou dans de petites résidences communautaires.

Bien que d'une intensité différente, les deux genres de services pourraient comprendre diverses formes de soutien, telles que la disponibilité d'un système d'intervention d'urgence durant 24 heures par jour, des contacts quotidiens aux fins de la sécurité personnelle, des services d'entretien ménager; des services de repas allant de l'aide dans la planification et la préparation des repas au foyer au dîner-foyer, de l'aide pour faire les emplettes, de l'aide personnelle dans les activités de la vie quotidienne, telles que s'habiller, prendre un bain, etc., de l'aide dans les affaires personnelles comme écrire des lettres, payer des comptes, etc., et les services sociaux ou récréatifs. On propose que dans l'un ou l'autre genre de services, les besoins de soins d'hygiène professionnelle du client soient satisfaits lors de visites régulières[89].

Le soutien du personnel constitue l'un des éléments clés du programme, étant donné que ces personnes forment le lien entre le client et les services de soutien appropriés. Deux catégories de personnel sont proposées : un coordonnateur des services qui est responsable de l'organisation d'un système répondant aux besoins de soutien des clients (y compris l'élaboration d'un programme de services individualisé) et d'un système d'intervention d'urgence ainsi que de la coordination des services avec le réseau officieux de soutien du client par les voisins, les membres de la famille et les amis, et les dispensateurs de services aux personnes âgées qui sont des spécialistes en soins personnels, ont une bonne connaissance des besoins des personnes âgées débiles et sont formés pour aider les aînés dans les diverses activités de la vie quotidienne.

La responsabilité du financement et de la politique des nouveaux modèles de services sera partagée lorsque cela convient, entre le ministère de l'Habitation et le MCSS, dans le cadre des initiatives de logement en milieu de soutien des deux ministères. En vertu de cette entente, le ministère de l'Habitation fournirait l'abri ou assurerait la construction de logements et le MCSS se chargerait de la prestation des services sociaux. Les clients seraient tenus de rembourser jusqu'au coût total des services qu'ils reçoivent, selon leur capacité de payer. Le test du revenu utilisé par le ministère de l'Habitation pour déterminer la contribution du locataire au loyer proportionné au revenu sera aussi utilisé pour déterminer la capacité de participer au coût du programme de services individuels[89]. Il est proposé qu'un seul organisme de service social administré par une municipalité, une bande d'Indiens ou par un organisme de charité, sera responsable de la prestation de divers services sociaux dans le logement en milieu de soutien. L'agence sera également responsable du recrutement, de la formation, de la supervision et du contrôle des activités du personnel de première ligne.

Le MSSC a réservé des fonds d'exploitation et le fonds de capital pour cette nouvelle initiative et accepte présentement des propositions provenant de groupes intéressés. Un certain nombre de sites ont déjà été approuvés et une évaluation indépendante continue du programme est prévue.

e) Les modèles où le logement comprend les services

La question de l'efficacité (en termes de qualité et de coût) dans la prestation des services aux personnes à risque élevé au sein de la collectivité continue d'être débattue, et le présent rapport ne peut prétendre fournir les réponses. Toutefois, il existe certains modèles utilisés présentement au Canada dans un certain nombre d'immeubles de logements locatifs subventionnés par l'État et abritant des locataires invalides, qui peuvent fournir un aperçu sur la façon de maximiser les ressources communautaires à l'intention des personnes âgées débiles. Deux exemples, l'un dans le Toronto métropolitain et l'autre dans la ville d'Edmonton, illustrent bien comment les services et le logement peuvent être combinés avec succès.

City-Home, la société de logement à but non lucratif de la ville de Toronto responsable de la création et de la gestion d'un certain nombre d'immeubles à appartements pour les familles à faible revenu et les aînés, a abrité de façon réussie depuis quelque temps des quadraplégiques dans des appartements autonomes. Il s'agit de locataires qui désirent assumer leurs propres responsabilités mais qui ne peuvent pas être soutenus à l'extérieur d'une institution sans bénéficier à domicile d'un programme de soutien bien administré. Le logement est situé au centre-ville et a été conçu pour donner aux personnes handicapées toutes les possibilités de garder leur autonomie. Avec le logement, une agence de soins située dans l'immeuble d'appartements assure les services de soutien qui sont si essentiels à cette population[64].

La Metropolitan Toronto Housing Company Ltd. fournit une variation de cette option en logeant un autre groupe de quadraplégiques dans un gros immeuble d'appartements familiaux, à Toronto-Nord. Dans ce cas, l'agence de soins est située à l'extérieur du site et est sous la surveillance d'un membre du personnel dans l'immeuble qui organise le service de 24 heures avec la participation des usagers.

Un troisième exemple est situé dans la ville d'Edmonton où un immeuble conçu pour les locataires invalides offre à ceux-ci un logement abordable et convenable et une équipe qui s'occupe de la prestation de services aux résidents. L'équipe est une agence commerciale à qui on a accordé un contrat de services. L'agence utilise un appartement dans l'immeuble comme centre de service[64].

Ces genres d'initiatives démontrent qu'il est possible de fournir un milieu solidaire pour des individus très handicapés qui désirent demeurer à la maison. Les modèles décrits ci-dessus peuvent certainement être adaptés aux immeubles d'appartements locatifs pour aînés dont certains sont avancés en âge, tout particulièrement dans ces immeubles où des garçonnières «difficiles à combler» demeurent vacantes.

f) L'équipe d'intervention rapide (EIR)

L'équipe d'intervention rapide a été établie à Victoria, Colombie-Britannique, pour éviter l'admission inutile à l'hôpital des personnes âgées débiles. L'équipe comprend des travailleurs affectés aux soins de santé et des travailleurs sociaux et est de faction sept jours par semaine, jusqu'à une heure tardive dans la soirée. Elle fournit des services de soutien immédiats et intensifs pour permettre aux patients de retourner à la maison après avoir été traités à la salle d'urgence. Le projet, qui a été financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, a commencé à fonctionner en octobre 1986 à titre d'essai pendant six mois, en réaction au problème persistant et coûteux du manque de lits pour soins aigus, ceux-ci étant occupés par des personnes âgées qui attendaient d'être placées ailleurs. Une évaluation du projet pilote a indiqué que l'Équipe d'intervention d'urgence est efficace pour prévenir les admissions inutiles ou inopportunes à l'hôpital. Le service fonctionne toujours et son personnel compte plus de deux douzaines d'employés, y compris un superviseur à plein temps[23].

L'équipe fonctionne conjointement avec deux hôpitaux de la région. La décision de fournir des services à un patient relève de l'infirmière de liaison de l'Équipe d'intervention d'urgence ainsi que du médecin et du personnel de la santé qui traitent le patient à l'urgence. Dans certaines circonstances, les patients peuvent également être référés par les médecins de la localité. Toutefois, dans les deux cas, seuls les patients qui auraient autrement été admis à un lit pour soins aigus et qui répondent aux autres critères sont admissibles aux soins de l'équipe. Autres critères :

- la personne qui dispense les soins est trop faible pour répondre aux besoins du patient;
- le patient vit seul;
- le patient est temporairement confus;
- le patient nécessite moins de 3 heures de soins de santé par période de 24 heures;
- le patient est âgé d'au moins 60 ans;

- la prestation des services est possible (c.-à-d. le patient a un chez-soi et n'est pas seulement de passage).

Les services additionnels disponibles aux patients admissibles comprennent une aide de 24 heures par jour pour les travaux ménagers et les soins infirmiers à domicile (par une personne qui demeure à la maison, si nécessaire) ainsi que des lits pour soins de répit de courte durée, la garde de jour pour adultes et des conseils au dispensateur de soins. L'Équipe d'intervention rapide vise à dispenser un service intensif de courte durée et elle desservira habituellement un patient pendant une période allant jusqu'à cinq jours. À ce moment-là, le patient est transféré à un programme régulier de soins prolongés, aux soins infirmiers à domicile ou en physiothérapie. Bien que des personnes plus jeunes soient admissibles, le patient type dépasse 80 ans, est une femme et vit seul ou avec un époux débile[23].

3.2 Le choix de déménager

Un certain nombre de choix de logement s'offrent aux Canadiens de 75 ans et plus qui, pour une raison ou une autre, constatent qu'ils ne peuvent ou ne désirent pas demeurer dans leur maison. Certains souhaitent déménager plus près de leur famille et de leurs amis. D'autres choisissent de demeurer avec leurs pairs dans un condominium ou un appartement locatif, ou dans un type quelconque de logement pour retraités offrant un certain niveau de services. La gamme de services disponibles peut varier grandement et certaines résidences pour retraités sont plus en mesure que d'autres de satisfaire les besoins des 75 ans et plus.

3.2.1 Vivre près de la famille et des amis

Diverses formules de logements permettent aux aînés de vivre dans des unités autonomes tout en demeurant près de leur famille et de leurs amis, qui peuvent ainsi leur fournir un soutien officieux. Il existe également des possibilités d'entraide et de services de sécurité perfectionnés. Par exemple, bon nombre de familles achètent ou louent un duplex dont une unité est occupée par une personne seule ou un couple âgé, alors que des parents ou des amis occupent l'autre. D'autres familles invitent un ou des parents âgés à venir vivre dans leur maison et y construisent un appartement autonome, comme il en a été question à l'article 3.1.2. Lorsque la localité est en mesure d'offrir des services de soutien convenables (comme ceux décrits à l'article 3.1.3) pour compléter le soutien officieux, les arrangements de ce genre peuvent éviter à certains aînés la nécessité de recourir à des soins en établissement. D'autres types de logement propres à faciliter ces arrangements sont énumérés ci-après.

Habitation bifamiliale - L'habitation bifamiliale comprend deux maisons jumelées, dont l'une est un logement familial, habituellement de deux étages, et l'autre un petit logement d'un seul étage spécialement conçu pour répondre aux besoins particuliers de personnes âgées. Contrairement à l'appartement accessoire, la maison secondaire peut être identifiée de la rue, ayant sa propre entrée de la rue et sa propre adresse. Une porte peut être ajoutée entre les deux logements et le garage peut servir à un ménage ou aux deux. Il s'agit ici d'un nouveau modèle permettant un maximum d'autonomie. À ce jour, un seul modèle d'habitation bifamiliale a été construit au Canada , soit à Ville de Laval, au Québec.

Le pavillon-jardin - Le pavillon-jardin est une petite habitation autonome (de 45 à 63 m^2) d'une ou deux chambres à coucher, conçue pour les aînés, et habituellement installée sur le même terrain que la maison d'un proche parent. Les propriétaires âgés peuvent aussi faire installer un pavillon, pour leur propre usage, près de leur maison, et mettre celle-ci à la disposition de parents ou d'amis. Les unités sont mobiles et conçues pour être retirées du site lorsqu'on n'en a plus besoin. Le pavillon-jardin est une option plutôt nouvelle au Canada; toutefois, d'après les résultats de projets de démonstration partout au pays, il connaîtrait déjà un début de succès[56]. Les réactions du public et des médias ont en général été favorables. Les plus grands obstacles sont les règlements de zonage municipal qui interdisent généralement l'érection de pavillons-jardins dans la plupart des quartiers urbains.

Lors d'évaluations effectuées au Canada[124] et ailleurs[72], on a étudié les avantages du pavillon-jardin comme option de logement pour les personnes âgées. Les conclusions ont été unanimes à considérer que ce genre de logement constitue une formule très rassurante pour les occupants âgés. Les familles présentement impliquées dans des projets pilotes en Ontario ne percevaient pas les soins qu'elles donnaient comme onéreux, et souvent l'aide était réciproque.

Dans le cadre de l'évaluation de cette option pour les Canadiens, une enquête nationale de marché a été menée récemment par Gallup Canada Inc., au nom de la SCHL[56]. L'échantillon comprenait les occupants éventuels d'un pavillon-jardin ainsi que les familles hôtes. Une partie des répondants de l'échantillon total se sont auto-sélectionnés pour recevoir plus de renseignements sur les pavillons-jardins et, plus tard, des questions plus détaillées leur ont été posées. Les résultats ont été fort encourageants et la réaction générale à ce modèle a été considérée très positive. Une analyse de suivi a été entreprise (aux fins du présent rapport) de certaines réponses données par les répondants âgés de 75 ans et plus (N=94).

Dans l'une des questions, on demandait aux répondants de coter un certain nombre de caractéristiques du pavillon-jardin sur une échelle de 1 (très faible) à 10 (très bon); 5 était considéré neutre; aux fins de cette analyse, une cote de 6 ou plus était considérée bonne. Plus des deux tiers (68 %) des 63 répondants à ces séries de questions et qui tombaient dans le groupe des 75 ans et plus ont classé la conception (y compris l'apparence extérieure) du pavillon-jardin comme bonne. Plus de la moitié également ont donné des cotes favorables aux commodités (comme la cuisine, la salle de bain, etc.) (59 %), à la grandeur des pièces (dimensions généreuses du vivoir, de la chambre à coucher, etc.) (56 %) et à l'aspect d'intimité (54 %). Près des trois quarts (74 %) des répondants de 75 ans et plus ont déclaré qu'ils se sentiraient à l'aise de vivre dans un pavillon-jardin.

On a également demandé aux répondants quels services de soutien ils croyaient nécessaires, en plus de l'aide qu'ils recevraient de leurs enfants. Le service considéré par les personnes âgées de plus de 75 ans comme étant la première priorité a été un système d'intervention d'urgence (60 %), suivi par un service de soins à domicile tel que l'entretien ménager (47 %). Les services de soins de santé comme les visites d'un médecin au besoin, ainsi qu'un service de transport se sont tous deux classés au troisième rang sur la liste, alors que 40 p. 100 des répondants ont accordé à chacun de ces services une priorité de premier ordre. Les membres de l'équipe ont eux aussi coté le pavillon-jardin de façon tout à fait favorable du point de vue de son aptitude à répondre aux besoins des personnes de plus de 75 ans. Le pavillon-jardin a été reconnu comme une formule de logement sûre, sécuritaire et d'un coût abordable, mais où la disponibilité de services de soutien et l'accessibilité à d'autres commodités dépendait beaucoup de l'endroit. Si cette option devient plus répandue dans les zones rurales où les restrictions de zonage et les attitudes sont plus favorables, ce sera plus difficile de relier les résidants aux services. Les personnes qui demeurent dans des pavillons-jardins constituent néanmoins un groupe identifiable pouvant être ciblé par les organismes de la santé et des services sociaux pour ce qui est des interventions nécessaires pour éviter ou retarder l'admission dans un établissement.

Bien que les unités soient ordinairement louées, dans le cas des projets pilotes gouvernementaux (comme celui du ministère de l'Habitation de l'Ontario - «Démonstration d'unités de logement transportables pour personnes âgées» [1987]), l'option du pavillon-jardin peut aussi être mise en marché par le secteur privé. Les estimations du coût de fabrication varient généralement entre 20 000 et 30 000 $ (US) l'unité[72]. Les provinces de l'Alberta, du Québec et du Nouveau-Brunswick ont elles aussi entrepris récemment des démonstrations du pavillon-jardin.

3.2.2 Vivre avec ses pairs

Nombreux sont les adultes âgés qui préfèrent vivre dans un établissement collectif avec d'autres personnes du même âge. Ces options comprennent des formules conventionnelles de logements multiples comme les habitations en copropriété ou les appartements locatifs et les coopératives, ou encore des établissements pour plus petits groupes comme le «foyer d'accueil» ou les «foyers-satellites». Il existe également plusieurs choix d'unités de logement multiple conçues spécialement pour les aînés dont, entre autres, les logements-foyers, les collectivités de retraités, les logements protégés et les établissements de soins multiples.

Formules conventionnelles de logement

Les options suivantes de logement sont appelées conventionnelles parce que, pour la plupart, elles n'ont pas été conçues et construites en fonction des aînés ou d'autres groupes cibles. C'est la formule de logement elle-même, ou l'accès aux services de santé et aux services sociaux, qui transforment ces formules de logement en milieux solidaires.

a) Habitations en copropriété et appartements locatifs

Les formules de logement en copropriété - que ce soit des tours d'habitation, des petits immeubles ou des maisons en rangées - intéressent de nombreuses personnes dont le foyer familial s'est vidé, car elles voient dans cette option les avantages d'une propriété sans la nécessité de l'entretenir, moyennant le versement de frais mensuels à la gestion. Toutefois, dans le cas d'habitations en copropriété et de la plupart des appartements locatifs du secteur privé occupés par les aînés, ni le consommateur ni le fournisseur n'ont porté attention aux caractéristiques de conception qui permettraient aux résidants de vivre confortablement dans leur maison jusqu'à un âge avancé. Dans plusieurs cas, les résidants eux-mêmes, ou par le biais de leur association, s'opposent aux genres de modifications nécessaires, par crainte que le profil de leur immeuble en soit altéré. Ce que l'habitation en copropriété peut offrir aux aînés qui ont les ressources financières pour les acheter, c'est la libération de l'entretien extérieur de la maison et de la propriété, et l'interaction sociale et la sécurité qu'assure la proximité des voisins[3].

Dans certaines initiatives récentes du secteur privé, on semble conscient de la nécessité de créer un milieu de soutien pour les aînés qui désirent déménager dans un logement conventionnel. Cependant, il n'a pas encore été possible d'établir quel en a été le succès. Par exemple, il y a un certain nombre de firmes de consultants qui conseillent les promoteurs dans la construction de copropriétés ou d'appartements locatifs pour les aînés au

sujet des éléments de conception et des ensembles de services à prévoir. Certaines firmes rejoignent dans le processus de consultation aussi bien les acheteurs éventuels que les constructeurs.

Il existe également plusieurs aménagements lucratifs récents, habituellement des appartements locatifs à l'intention des consommateurs à l'aise, qui offrent principalement des appartements studios et quelques unités d'une et deux chambres à coucher dans un immeuble comportant certains services. Les services sont souvent fournis à un coût additionnel et peuvent comprendre des repas, l'entretien ménager et les soins personnels. Bon nombre de ces ensembles ne sont pas entièrement occupés; toutefois, les évaluations qui pourraient en déterminer les raisons n'ont pas encore été faites. Selon certains, le marché du logement de «qualité» a été surévalué par plusieurs promoteurs; d'autres soutiennent que la combinaison appropriée de services, de logement et de coûts n'a pas encore été trouvée[59].

b) Coopératives d'habitation pour les aînés

L'habitation coopérative financée par les occupants constitue une option qui prend de plus en plus d'ampleur dans certaines parties du Canada comme option de logement pour les personnes âgées à revenu modeste. Et, comme il a été mentionné à l'article 2.1.1, le coût élevé de leur ancien logement a été la première raison invoquée par un échantillon de membres de plusieurs coopératives pour personnes âgées qui ont participé à une enquête des résidants, pour choisir cette option[144]. Actuellement, la plupart des ensembles d'habitations coopératives au Canada n'ont pas été conçues à l'intention des personnes très âgées, et semblent convenir davantage aux couples sexagénaires et septuagénaires. Leur conception n'est pas tellement axée sur la possibilité de «vieillir chez soi», et les ensembles de services ne sont pas disponibles en général. Pour que cette option puisse intéresser les personnes de plus de 75 ans, il faudra aller au-delà de la seule question financière[62].

Les membres de l'équipe ont convenu que le logement coopératif au Canada a le genre de structure organisationnelle qui se prête à la formation d'une communauté solidaire. Plusieurs groupes de ressources techniques du secteur coopératif ont au sein de leur personnel des éducateurs adultes qui travaillent avec des membres à la gestion et au maintien de la coopérative. Ces éducateurs pourraient être utilisés pour aider les personnes âgées à créer et à maintenir les soutiens nécessaires dans leurs ensembles immobiliers. La coopérative pourrait s'assurer que des espaces sont prévus dans l'immeuble pour accueillir des services tels que les repas ou l'entretien ménager lorsque les résidants décideront que le moment est venu de le faire.

Bien que le mouvement coopératif au Canada soit encore passablement limité, différentes organisations lancent de nouveaux moyens d'offrir un milieu vital de soutien. Un certain nombre de coopératives au Canada font appel à des façons «intégrées» d'offrir le logement qui semblent connaître beaucoup de succès. Un ensemble immobilier pour personnes de tout âge à Toronto en fournit un exemple. Selon les résidants, il y a beaucoup d'entraide entre les membres jeunes et âgés. En outre, il y a à chaque étage de l'immeuble un capitaine qui garde l'oeil ouvert au cas où quelqu'un, particulièrement un résidant âgé et fragile, aurait besoin d'aide.

Un autre cas, cette fois dans la ville d'Ottawa, est tout à fait unique parce qu'il associe des familles avec enfants, des invalides et des personnes âgées dans un milieu décloisonné. La coopérative comprend des studios, et des appartements de 2 et 3 chambres à coucher dans un ensemble autonome. En plus d'un soutien mutuel officieux, on y trouve également des services de soutien officiel (dispensés par les services sociaux locaux), y compris l'échange d'information, les soins non médicaux (comme l'entretien ménager et de l'aide pour les soins personnels), les mesures sécuritaires et les soins de répit. L'immeuble peut compter sur une centaine de bénévoles environ[48].

Récemment, à Vancouver, une coopérative a été fondée à l'intention des femmes âgées vivant seules. Des caractéristiques spéciales, telles que l'accessibilité aux fauteuils roulants afin que, à mesure que les membres de la coopérative vieillissent, elles puissent adapter leur résidence, selon les besoins[62].

c) Placement en famille d'accueil et foyers-satellites

Ces deux options constituent des formes différentes de cohabitation qui conviennent aux personnes âgées ayant de graves problèmes de santé et préférant vivre dans un logement conventionnel et dans une atmosphère familiale. L'option du «placement en famille d'accueil» est fort répandue aux États-Unis et prend de plus en plus d'ampleur au Canada. À lui seul, le Manitoba compte présentement 19 programmes qui fonctionnent bien. La famille d'accueil est une formule où des couples ou des familles sont indemnisées par le gouvernement pour prendre soin d'une personne âgée sans lien de parenté, ayant très peu de moyens de soutien, et ne pouvant prendre soin d'elle-même. En comptant sur les aptitudes et la collaboration de la famille hôtesse, cette option peut éviter ou retarder l'admission en établissement lorsqu'elle n'est pas nécessaire.

La famille d'accueil a été définie de diverses façons. Cependant, il s'agit en général d'un ménage familial individuel où au plus quatre personnes sans lien de parenté demeurent comme résidants payants[97]. Le fait que les résidants se comportent comme des membres d'une famille et participent

aux activités régulières de la famille constitue un autre critère important qui différencie cette option d'une maison de pension, par exemple. Les foyers d'accueil étant des résidences familiales privées ordinaires, elles s'intègrent bien au voisinage et sont beaucoup moins souvent entravés que d'autres options par les règlements de zonage. Leur potentiel aux États-Unis est perçu comme étant passablement élevé étant donné a) le grand nombre de personnes âgées ayant des problèmes chroniques de santé et b) l'augmentation du nombre de personnes qui vivent seules. La qualité des logements varie, cependant, et les règlements, lorsqu'ils existent, sont parfois d'une application difficile[97].

Certains considèrent le placement en famille d'accueil préférable à bon nombre d'autres options de soins communautaires pour les personnes âgées très débiles, étant donné que les hôtes peuvent assurer une surveillance de 24 heures[121]. Toutefois, la portée des soins de santé disponibles dépend des liens établis entre le logement et les autres prestateurs de services dans les collectivités environnantes. Il existe présentement un certain nombre de projets modèles aux États-Unis - dont certains sont dirigés par des hôpitaux - qui évaluent les moyens les plus appropriés d'offrir une place en famille d'accueil aux personnes âgées de la collectivité les plus exposées à être placées en établissement[95,157].

Un certain nombre de collectivités au Canada ont établi une formule de placement en famille d'accueil appelée le foyer-satellite. Comme dans la famille d'accueil, plusieurs personnes âgées ayant besoin de soutien sont prises en charge par une famille dans une maison conventionnelle qui convient pour loger le groupe. Une des particularités, c'est que la maison est habituellement reliée à un établissement existant, tel qu'un foyer pour personnes âgées, et les résidants sont transportés à l'établissement pour les divers programmes de jour. Cette option assure une plus grande sécurité et l'accès aux services, et permet en même temps d'utiliser les ressources résidentielles existantes. Il existe 35 foyers-satellites de ce genre dans le comté de Niagara, en Ontario, et des fonctionnaires de l'endroit ont calculé qu'il en coûterait environ 400 000 $ par année de plus de coût en capital si ces résidants demeuraient dans des foyers pour personnes âgées[134]. Le placement en famille d'accueil ou le foyer-satellite a été coté par les membres de l'équipe comme une excellente solution pour les personnes de 75 ans et plus (et aussi pour les plus jeunes) dont des ressources financières et sociales sont restreintes et qui désirent demeurer dans la collectivité. Cependant, pour ceux dont la santé est gravement atteinte, cette option n'est peut-être pas idéale et n'est possible seulement si le foyer est très étroitement relié aux services officiels.

Logement conçu pour les personnes âgées

Le nombre de choix de logements spécialement conçus pour les personnes âgées ou convertis pour répondre aux besoins des personnes âgées, au Canada ou ailleurs, augmente constamment. Certains sont passablement répandus et existent dans la plupart des localités; d'autres ne se retrouvent qu'en certains endroits. Quelques-uns offrent des services sur place; plusieurs comptent sur les services existants dans la localité; et d'autres offrent une combinaison de services sur place et de services communautaires. Les options décrites dans cette section sont axées sur l'aspect résidentiel du logement plutôt que sur l'aspect des soins, mais cette dernière orientation, que l'on retrouve habituellement dans les établissements de soins prolongés, est étudiée plus loin dans le chapitre, sous l'angle des liens à créer avec les diverses options de logement offertes dans la collectivité.

Le tri des diverses définitions données aux options de logements collectifs destinés aux personnes âgées est sans doute une des questions qui comporte le plus de défis dans toute étude sur le sujet. Ces formules peuvent varier quant à la taille, (en termes du nombre de résidants et du nombre et de la grandeur des logements), au degré de vie privée, au nombre des services et des commodités en commun, au coût pour le résidant, au parrainage, à la dotation en personnel ainsi qu'aux relations entre les résidants. Les options que nous présentons ici comprennent : a) le village-retraite, b) le logement-foyer, c) le logement protégé, d) l'habitation de type Abbeyfield, e) les foyers collectifs ou avec soins à domicile, f) la résidence-service, et g) les établissements de soins multiples. Chaque option est étudiée brièvement sous l'angle de sa capacité de répondre aux besoins des plus de 75 ans.

a) Le village-retraite (ou collectivité-retraite)

Le village-retraite comprend habituellement de plusieurs centaines à plusieurs milliers (particulièrement aux États-Unis où les grandes collectivités sont la norme) de logements autonomes qui partagent certains services communs. Les logements peuvent être des maisons mobiles, des bungalows conventionnels, des pâtés de maisons en rangée ou des pâtés de petits immeubles d'appartements, et peuvent être loués, sous-loués ou occupés par leur propriétaire. La plupart de ces collectivités offrent des espaces récréatifs et des activités organisées; certaines ont des salles à manger et offrent des services d'entretien ménager ou de l'aide pour l'entretien, et comprennent un centre médical. Dépendant de la nature des services offerts, des frais mensuels additionnels sont habituellement exigés en paiement des services offerts. Le village-retraite a déjà été une option à la portée des personnes âgées à revenu modeste, mais elle est devenue aujourd'hui beaucoup moins abordable. La plupart

des nouveaux ensembles immobiliers au Canada et aux États-Unis sont maintenant construits dans la perspective d'un marché mieux nanti. Traditionnellement, les collectivités-retraite ont desservi les personnes âgées en bonne santé, et les membres de la collectivité s'objectent à modifier cette image. Pour les personnes de plus de 75 ans dont l'état de santé se détériore, la plupart des modèles courants de collectivité-retraite ne conviennent pas, à témoin le taux élevé des septuagénaires et des octogénaires qui quittent ces villages parce qu'ils ont besoin de soutien additionnel.

Il y a des cas (aux États-Unis pour la plupart) où les collectivités-retraite ont tenté de répondre aux besoins de leur population vieillissante en construisant sur place des locaux pour la prestation de soins médicaux, soit au moment même de la construction du village, soit à une date ultérieure. En outre, les plus récents ensembles fournissent presque toujours des systèmes d'intervention d'urgence. Par contre, d'autres appliquent avec fermeté la politique de ne pas offrir de soins de santé sur place et encouragent les résidants à utiliser les services des localités avoisinantes[103].

Les membres de l'équipe ont constaté que les collectivités-retraite pouvaient répondre à plusieurs besoins des personnes de plus de 75 ans, en particulier ceux qui concernent la libération de toute inquiétude, la sécurité et l'accès aux agréments. Cependant, il y a lieu d'encourager également la prestation d'un plus haut niveau de soutien, soit sur place, soit dans la localité, afin de traiter les résidants d'un âge très avancé. Lors d'une récente enquête auprès des propriétaires d'une collectivité-retraite en Alberta, la grande majorité des répondants ont déclaré qu'ils espéraient que ce déménagement serait leur dernier. Si des services de soutien devenaient nécessaires à la suite d'une détérioration de leur état de santé, la plupart ont choisi de s'occuper eux-mêmes d'obtenir de l'aide à l'extérieur du site[140]. Il s'agit peut-être là de la réponse type donnée par les aînés en bonne santé et plus fortunés, qui choisissent cette option. Il faut reconnaître que les collectivités-retraite, dans leurs formes les plus récentes, ne sont peut-être plus accessibles aux personnes âgées dont les moyens sont plutôt modestes.

b) Le logement-foyer

Le logement-foyer est décrit de différentes façons mais, au Canada, il est défini en général comme un ensemble domiciliaire où les occupants ont leurs propres quartiers privés autonomes, mais reçoivent également au moins un repas par jour dans une salle à manger commune, une aide pour l'entretien ménager, un service de sécurité de 24 heures et des soins personnels (bien que ce dernier élément varie d'un endroit à l'autre). La taille des ensembles peut varier d'environ 50 unités à plusieurs centaines

dans les ensembles nouvellement construits ou reconstruits. Le logement-foyer a pris naissance aux États-Unis et est encore passablement nouveau au Canada; cependant, dans les régions où il existe, il attire les personnes âgées qui tiennent à conserver l'autonomie que leur procure leur propre appartement, tout en pouvant disposer d'une aide, au besoin. La plupart des résidants entrent dans le logement-foyer lorsqu'ils ont atteint l'âge de 80 ans environ et il est bien évident que, même s'ils désirent demeurer sur place, souvent il leur faut se résoudre à un autre déménagement. L'inspection de plusieurs ensembles en Colombie-Britannique a permis de découvrir certaines des raisons pourquoi le logement-foyer connaît un succès mitigé dans le cas de la population de plus de 75 ans.

Le premier de ces ensembles, une entreprise du secteur privé dans le Lower Mainland Vancouver, est situé à proximité d'un centre d'achat de banlieue. L'immeuble comprend de petites unités d'une ou deux chambres à coucher conçues en vue de favoriser l'accessibilité, mais dont la cuisine est plutôt sommaire. Les commodités comprennent des salles de loisirs, une bibliothèque, des salons, une salle à manger, un salon de coiffure et de soins de beauté et un minibus. Il y a un ménage hebdomadaire et un service de lessive, deux repas par jour en plus des casse-croûte et un service de sécurité de 24 heures. L'ensemble dessert les personnes qui disposent d'importantes ressources financières et peuvent payer des loyers dépassant 1 000 $ par mois (juin 1988). Environ un an après l'ouverture, seulement la moitié des appartements étaient loués. L'âge moyen des résidants était de 82 ans. Environ le tiers des locataires originaux avait déjà déménagé. Selon le directeur du service de location, les résidants éventuels étaient pour la plupart inquiets au sujet des services, y compris les soins, la qualité des repas, ce qui surviendrait s'ils tombaient malades, et le coût. Bien que l'immeuble soit bien conçu pour vieillir sur place, les parties impliquées au niveau local soutenaient que la location serait plus rapide si les soins personnels et les soins infirmiers étaient améliorés, et si l'ensemble était situé à un meilleur endroit.

Contrairement à l'expérience dont nous venons de parler, un autre logement-foyer du secteur privé, établi dans West Vancouver et comprenant 66 unités entièrement fonctionnelles (studios ainsi qu'une et deux chambres à coucher), a connu un meilleur succès. Bien que plusieurs des services soient les mêmes, une différence importante est que l'ensemble de logements-foyers est adjacent à un établissement de soins de santé et soins personnels également disponibles pour les résidants des logements-foyers, en cas de besoin. Les loyers sont plus élevés que dans le projet de banlieue, mais comprennent l'accès au personnel infirmier dans l'établissement de soins de santé ainsi que jusqu'à cinq jours dans le centre de soins sans frais supplémentaires. Il est intéressant de noter qu'au début, les logements-foyers ont été loués plus rapidement que les unités de soins de santé; toutefois, l'inverse est vra. maintenant et la gestion a

quelque difficulté à remplir tous les logements-foyers. Les raisons invoquées sont que le loyer est trop élevé pour le niveau de service offert. Toutefois, il est également possible que l'ensemble de logements-foyers soit ciblé pour un «marché intermédiaire» qui n'existe pas[58].

Au Canada, il existe également des aménagements-foyers créés par le secteur à but non lucratif. Comme dans l'exemple décrit ci-dessus, un certain nombre de ces ensembles immobiliers ont combiné avec succès le logement en appartement et certaines options de soins. L'un d'eux qui semble avoir découvert la juste combinaison est situé dans l'arrondissement de York, à Toronto. L'ensemble a d'abord été construit pour accommoder en premier lieu les personnes âgées seules, groupe qui était ciblé comme ayant le plus grand besoin de logements avec quelques services. La première tour comprenait environ 300 unités, surtout des appartements studios, et incluait dans le prix du loyer un service de repas et une aide pour l'entretien ménager. Pour répondre à la demande, une deuxième tour de taille égale a été ajoutée, laquelle comprenait en plus une infirmerie de quatre lits avec personnel pour soins de courte durée. On a attribué à au moins trois facteurs le succès de l'ensemble. Le premier était le loyer modique; le projet tire la plupart de ses locataires du voisinage immédiat de petites maisons peu coûteuses (en chiffres relatifs pour le Toronto métropolitain) et ainsi, bien que les appartements studios n'aient pas toujours connu beaucoup de succès ailleurs, il ne semble pas y avoir eu de difficulté ici. Le deuxième facteur était l'ensemble de mesures de protection qui assurait aux résidants la possibilité de vieillir chez soi; et le troisième était que le nombre d'unités était suffisant pour permettre d'incorporer l'option des soins infirmiers dans un loyer modique[64].

Il est évident que l'industrie du logement-foyer tente de répondre aux besoins de la population vieillissante. Dans un des tout nouveaux aménagements privés de la côte ouest, à l'extérieur de Victoria, les services offerts comprennent trois repas par jour, un personnel en fonction 24 heures ainsi qu'une aide pour le bain, en sus des commodités habituelles déjà décrites. Il existe également une gamme de logements individuels bien aménagés, dont la taille varie des studios aux unités de deux chambres à coucher. Cependant, les loyers sont élevés, soit actuellement de 1 400 $ par mois pour un studio à 2 250 $ pour un appartement de deux chambres à coucher[37]. (Entrevue du spécialiste consulté, C.-B.)

c) Le logement protégé

Le logement protégé constitue une autre formule de logements pour aînés en milieu de soutien, originaire de Grande-Bretagne mais que l'on retrouve également ailleurs. Des formules de logement protégé existent depuis au moins 20 ans en Angleterre, et depuis plus longtemps d'après

certaines sources. Ces ensembles ont été aménagés et sont dirigés par plus de 700 associations de logement et de nombreuses administrations locales[118]. Bien que parrainé au début par l'État, le logement protégé est devenu récemment une activité à croissance très rapide du secteur privé. En 1969, le gouvernement britannique a créé deux catégories de logements protégés. La première catégorie comprend des appartements autonomes ou des bungalows construits à cette fin et reliés par un système d'alarme contrôlé par un gardien (qui obtient l'aide nécessaire, assure une certaine surveillance et s'occupe de l'entretien général), mais souvent cette catégorie n'offre aucune salle commune ni de commodités partagées. La deuxième catégorie comprend habituellement tous les éléments de la première, mais les appartements ou bungalows individuels y sont reliés par des corridors internes chauffés, et l'ensemble offre d'autres commodités partagées telles qu'une salle commune, une buanderie et une chambre pour visiteurs. Il existe également une catégorie 2 1/2 «non officielle», une expression désignant des logements autonomes plus petits - habituellement des chambres avec coin séjour et des soutiens supplémentaires (voir le logement avec soins décrit ci-dessous)[118]. Quelques appartements dans chaque ensemble sont réaménagés à l'intention des handicapés et ont plus d'espace pour accommoder les fauteuils roulants. Lorsqu'une aide additionnelle est nécessaire, elle est ordinairement fournie par les services de soins à domicile de la localité. La taille des aménagements varie, se situant entre 20 et 50 appartements en moyenne. Le logement protégé vise traditionnellement les personnes âgées qui désirent demeurer autonomes dans la collectivité, tout en ayant l'assurance qu'une personne compétente veille sur elles.

Comme le logement protégé comportait des lacunes dans le soutien qu'il pouvait donner aux résidants très âgés, une constatation signalée dans de nombreuses évaluations, par Tinker (1984) et autres[52,172], des soins additionnels ou le «logement très protégé» a été institué afin d'offrir des soins additionnels comme complément à l'option de surveillance dans certains ensembles. Cette option, également appelée «logement avec soins», permet aux résidants de retenir la vie privée d'un petit appartement (habituellement une chambre avec coin séjour, une salle de bain et une cuisinette) tout en leur offrant des repas sur place ainsi qu'une aide pour l'entretien ménager et des soins personnels, au besoin[4]. (Une excellente description visuelle des diverses formules de logement protégé en Grande-Bretagne apparaît dans "Housing for the Elderly: Options and Design", de Francis et Francesca Weal, 1988).

La société Abbeyfield (fondée en 1959) et la Anchor Housing Association (fondée en 1968) sont deux des fournisseurs les mieux connus d'une formule particulière de logement protégé. Le modèle Abbeyfield se distingue à plus d'un titre des autres types de logement protégé. Une des différences fondamentales réside dans la façon particulière d'envisager la

question du logement des personnes très âgées. Alors que le logement protégé en général vise essentiellement à ce que les résidants mènent une vie autonome dans le cadre privé de leur propre appartement et organisent, au besoin, les consultations requises avec leur propre médecin plutôt qu'avec le médecin qui s'occupe de tous les résidants, Abbeyfield, ajoutant les «soins additionnels», souligne fortement l'interdépendance entre les résidants, et entre ceux-ci et le personnel, et offre moins d'espace privé aux résidants eux-mêmes. Les derniers projets construits sont beaucoup plus petits, ce qui favorise d'autant l'atmosphère de «partage». En 1985, il y avait près de 600 sociétés Abbeyfield locales administrant environ 900 maisons, et de 20 à 25 nouvelles sociétés sont créées chaque année[118]. (Voir l'exposé ci-dessous sur l'habitation de type Abbeyfield.) Anchor Housing gère présentement, en Grande-Bretagne, plus de 19 000 unités de logement réparties dans environ 600 ensembles. La grande majorité sont des appartements pour une personne et plus de la moitié des occupants ont entre 75 et 84 ans. Presque tous les ensembles de Anchor sont de la deuxième catégorie; toutefois, l'association offre également, c'est même une pratique assez courante, des combinaisons de soins additionnels. Guardian Housing Association Limited est affiliée à Anchor et offre aux personnes âgées des logements privés pour retraités, à vendre ou à louer. Le bail utilisé par l'association lui permet de réduire de 30 p. 100 le prix de vente régulier. La différence est comblée par une subvention de l'État, et l'acheteur ne paye que 70 p. 100 du coût. Lors de la revente, l'acheteur initial ne reçoit que 70 p. 100 de la valeur commerciale à ce moment-là. Guardian possède plus de 3 000 maisons réparties dans environ 100 ensembles[165].

Une des critiques à l'endroit du logement protégé en Angleterre est que, bien que les résidants apprécient leur autonomie et se disent très satisfaits de leur formule de logement et de son caractère privé, la recherche a démontré que ce genre d'habitation n'a pas aidé à diminuer l'isolement de certaines personnes très âgées[164]. Peut-être n'est-ce pas là la solution idéale pour les personnes âgées qui demeurent seules.

On a constaté que la formule traditionnelle de logement protégé et celle qui offre des soins additionnels coûtent aussi cher ou davantage que de garder les personnes dans leur propre maison avec des options de protection comme un système d'alarme et des services de soins à domicile[13,164]. Il pourrait être avantageux d'envisager des moyens de produire des formules de logement protégé dans des cadres conventionnels. Le logement protégé, bien qu'habituellement construit à cette fin, ne doit pas l'être nécessairement, et c'est en cela que cette option s'avère plus flexible que les autres. On peut trouver à Philadelphie, aux États-Unis, un exemple où une formule de logement protégé a été établie dans un voisinage conventionnel, là où ce qu'on appelle le logement communautaire» existe depuis environ dix ans[3].

Ce choix de logement particulier combine l'utilisation du stock de logements existants avec la prestation de services de secours fournis par un centre gériatrique avoisinant. Au début, neuf maisons unifamiliales jumelées ont été achetées et converties en un total de 27 appartements autonomes de genre studio (3 par maison) avec un vivoir partagé, grâce à un programme de réadaptation de la Federal Housing Administration. Des suppléments pour le loyer ont été consentis de façon à rendre le coût des unités abordable. Le loyer de base comprenait les services d'entretien à l'extérieur et dans les aires communes, une ligne téléphonique directe au centre gériatrique pour les urgences médicales ou autres, et des activités récréatives. Les résidants devaient faire leurs propres emplettes, préparer leurs repas et entretenir leur appartement; toutefois, ils peuvent se prévaloir, à leurs frais, d'un service de repas et d'un service d'entretien ménager léger offerts par le centre gériatrique. Les services médicaux ne sont pas inclus et les locataires conservent leur propre médecin.

Parmi les raisons invoquées par les locataires âgés pour avoir déménagé dans l'ensemble d'habitations à Philadelphie, figurent la crainte de l'isolement et la solitude, vu le taux élevé de criminalité dans leur ancien voisinage. La disparition graduelle des membres de la famille et des amis capables d'aider constituait un autre facteur de motivation[3]. La détérioration de la santé jouait également un rôle, rendu évident par le fait que l'état de santé des nouveaux résidants était généralement moins bon que celui d'un groupe témoin qui n'avait pas déménagé. L'avenir de cette formule de logement pour les personnes au-dessus de 75 ans aux États-Unis est fort prometteur, de l'avis des spécialistes en évaluation, pourvu que les agences existantes puissent être encouragées à étendre leurs programmes pour inclure des petites résidences de groupe[9].

d) L'habitation de type Abbeyfield

Bien que l'habitation de type Abbeyfield soit un modèle d'origine anglaise, on trouve ailleurs des variantes de ce type de logement (par ex. "share a home" (partager un foyer), aux États-Unis)[3]. Cette formule d'appartements collectifs se distingue du logement-foyer et des autres formules de logement décrites précédemment de plusieurs façons; toutefois, la distinction la plus fondamentale se trouve dans sa philosophie. L'habitation de type Abbeyfield a été fondée dans l'intention d'offrir une solution au problème de la solitude chez les personnes âgées quoique, plus récemment, l'objectif a été de loger ceux qui, autrement, seraient exposés à des risques dans leur propre maison, mais pour qui les soins dispensés dans les établissements seraient excessifs ou superflus.

Les ensembles eux-mêmes sont plus petits; idéalement, ils logent de 6 à 10 résidants, mais parfois plus; ils comprennent moins d'espace privé - les résidants ont leur propre chambre avec coin séjour, une salle de bain et

parfois une cuisinette - et plus d'espace partagé pour les repas et les divertissements. Sur les lieux, un maître ou une maîtresse de maison s'occupe de surveiller les repas et du fonctionnement général, et on s'attend à ce que les résidants partagent le travail de plusieurs activités quotidiennes telles que la cuisine, etc. Ils se procurent les services additionnels nécessaires dans la localité. Vu la dimension limitée de ces foyers, ils sont normalement situés dans des voisinages ordinaires et se prêtent à la conversion des grandes maisons d'un certain âge.

Il existe un certain nombre d'habitations de type Abbeyfield en Colombie-Britannique (à Sidney, à Kelowna et à Victoria), à but non lucratif, qui fonctionnent bien actuellement, et plusieurs autres au Canada (à Guelph et à Port Hope, Ontario) qui sont tout près d'être lancés. Une étude effectuée récemment[115] a soulevé certains problèmes importants concernant la valeur de ce choix pour les personnes de plus de 75 ans au Canada. Bien que l'acceptation générale de la formule de logement en milieu de soutien était évidente lors des entrevues des chercheurs avec des résidants éventuels, la plupart n'étaient pas disposés à laisser leur grande maison pour une chambre avec coin séjour. De même, les frais de fonctionnement étaient tels qu'à moins de subsides, cette option serait hors de portée des personnes âgées à revenu modique ou faible, soit une forte proportion des plus de 75 ans.

Les membres de l'équipe de recherche ont conclu que, pour la personne âgée seule, veuve, et isolée, la formule Abbeyfield était idéale. Elle assure également aux résidants un milieu sûr et sécuritaire. Toutefois, pour les personnes de plus de 75 ans qui ont de plus en plus besoin de soins de santé, la proximité de services existants ainsi que des services additionnels sur place constitue une considération importante. Consciente de ce fait, l'Abbeyfield Society d'Angleterre répond à cette préoccupation, depuis un certain temps, en mettant un programme de «soins additionnels» à la disposition des résidants d'Abbeyfield qui en ont besoin.

Le programme de «soins additionnels», bien qu'il n'ait pas été conçu pour traiter une maladie aiguë ou une démence grave, convient aux problèmes chroniques, même s'ils conduisent parfois à la mort. Les maisons où des soins additionnels ont été implantés exigent plus de personnel professionnel, surtout des infirmières et du personnel de service et, idéalement, un médecin local devrait être disponible pour tous les résidants. Le rapport membres du personnel-résidants est beaucoup plus élevé; par exemple, dans un logement de 20 résidants, il devrait y avoir au moins deux membres résidants du personnel, un certain nombre d'assistants à temps partiel, du personnel domestique et un cuisinier, de sorte que le rapport idéal serait de deux résidants pour chaque membre du personnel. Les résidants reçoivent des soins de 24 heures avec toutes les activités de la vie quotidienne. Les résidants inscrits aux soins

additionnels sont logés sous le même toit que les locataires réguliers d'Abbeyfield. Toutefois, dans certains cas, il y a des salles à dîner ou d'autres aires communes distinctes pour les résidants qui reçoivent des soins additionnels et exigent beaucoup de surveillance.

Le fait que l'option des soins additionnels au Royaume-Uni aide les personnes à vieillir chez soi est évident si l'on constate le haut pourcentage (70 % ou plus, selon des observations récentes) des résidants qui décèdent à la maison ou après seulement un bref séjour à l'hôpital[143]. Pour les personnes de plus de 75 ans souffrant d'un certain nombre d'incapacités, cette option de logement constitue une solution de rechange aux soins en établissement, une option qui peut être située dans le voisinage et faire usage des logements existants. Cependant, la formule est encore toute nouvelle dans notre pays et, comme telle, n'a pas encore été évaluée.

e) La résidence-service

Décrite par certains comme une autre formule de logement protégé[44], les petites (et parfois plus grandes) résidences-services ou maisons pour groupes qui desservent les personnes âgées ou les individus ayant des déficiences physiques ou mentales sont très courantes au Canada et aux États-Unis. Les ensembles de cette catégorie sont dénommés de diverses façons : foyers d'accueil, maisons d'hébergement, maisons de repos, maisons de santé, habitations pour retraités, maisons de pension et maisons (ou établissements) de soins hospitaliers (ce dernier terme est fréquemment utilisé aux États-Unis). Toutes ces résidences ont en commun le fait qu'elles sont souvent dirigées par le secteur privé, sont en général de petite taille (habituellement de 5 à 20 résidants) et offrent des chambres avec certains services. Elles diffèrent dans la quantité et la qualité des services qu'elles fournissent et dans leur coût. La gamme des services peut comprendre les repas, l'entretien ménager et les soins personnels. Certains établissements fournissent également le transport et un service de loisirs planifié. La plupart sont dûment autorisés par un organisme de réglementation, mais quelques-uns ne le sont pas, une question qui embarrasse constamment les niveaux des gouvernements locaux et plus élevés. Légalement, dans la plupart des endroits où elles existent, les maisons de santé ne sont pas autorisées à fournir des soins infirmiers, mais plusieurs le font étant donné que les résidants exigent une certaine forme d'intervention médicale, sans laquelle ils ne pourraient demeurer à la résidence.

L'âge moyen des résidants dans certaines résidences dépasse 80 ans. Dans d'autres cas, cependant, des personnes plus jeunes, habituellement affligées de graves déficiences mentales, occupent également des lits. (En Ontario, les maisons de «soins spéciaux» autorisées par le ministère de la Santé traitent presque exclusivement ces types de résidants). Plusieurs

personnes déménagent dans ces résidences non pas par choix, mais parce que c'est la meilleure option disponible en fonction des coûts, ou parce qu'ils ne peuvent demeurer plus longtemps dans un lit pour soins chroniques, dans un hôpital. Malgré cela, les niveaux de satisfaction déclarés par les résidants sont en général passablement élevés. Les raisons données à l'appui des sentiments positifs comprennent une sécurité acrue, la compagnie et l'accessibilité financière[154].

Bien que les maisons pour petits groupes aient l'avantage de pouvoir utiliser les stocks de maisons existantes et ainsi demeurer dans le voisinage, à moins que les conversions nécessaires ne soient effectuées pour maximiser l'accessibilité et la sécurité, l'aménagement n'est pas toujours idéal pour les plus de 75 ans. De même, il faudra améliorer les services et les soins dans bon nombre de résidences afin qu'elles puissent répondre aux besoins des personnes ayant différents degrés d'infirmité[4,5]. Dans le cadre d'une récente étude sur le régime de pension et de soins (Board and Care), au Maryland, les résidants, les organismes de réglementation de même que certains exploitants ont été interviewés concernant la façon d'améliorer cette option. Les résidants se sont dits heureux de leur situation et plusieurs ont souligné l'importance de l'aspect familial de leur formule de logement. Toutefois, les exploitants et les régulateurs ont reconnu le besoin d'avoir davantage accès à des activités récréatives et aux services communautaires disponibles de même qu'à des services de gestion cas par cas afin d'assurer que les résidants reçoivent les soins appropriés[44]. La province de l'Ontario a également examiné de près dans quelle mesure ses établissements de soins peuvent répondre aux besoins des personnes âgées et elle vient tout juste de publier les résultats d'une étude portant sur les questions réglementaires qui touchent cette industrie. Or, tous sont d'accord pour dire que l'on doit faire beaucoup plus pour assurer un haut niveau de vie à tous les résidants[2]. L'étude du Maryland et celle de l'Ontario reconnaissent qu'il serait utile au public de disposer d'un répertoire central ou local des centres d'accueil existants. (Voir à la section 2.2.1 l'exemple d'une initiative locale en ce sens.)

f) La résidence-service

La résidence-service est la plus récente version de logement protégé et gagne très rapidement en popularité aux États-Unis. Comme dans le cas de toute formule de logement désignée en termes généraux, le modèle est décrit de différentes façons. Cependant, la plupart des sources définissent la résidence-service comme une formule de logement-foyer (tel que décrit ci-dessus) offrant des services additionnels intensifs destinés à procurer des soins de 24 heures aux résidants âgés débiles. L'ensemble doit contenir 20 unités ou plus pour être rentable mais, du point de vue du client, la taille d'environ 100 unités représente le maximum acceptable, eu égard aux restrictions de mobilité, à l'atmosphère, etc. Les promoteurs de

résidence-service sont des groupes fonctionnant lucrativement ou sans but lucratif. Actuellement, la plupart des installations attirent les personnes âgées à revenu moyen ou au-dessus de la moyenne; toutefois, des efforts sont déployés pour fournir des options à l'intention des personnes âgées à revenu modeste ou inférieur[42,44,170,171].

En général, les résidences-services sont créées dans le contexte d'un «modèle social» qui se concentre sur les qualités et les capacités des résidants et tente de combler les lacunes. À cette fin, plusieurs ensembles essaient d'offrir une gamme d'options de services à des coûts différents, plutôt qu'une seule option de services, comme c'est souvent le cas dans les centres d'accueil. L'État de l'Orégon, considéré par certains comme un chef de file dans ce domaine, a vu naître un certain nombre de résidences-services. Dans un projet du comté de Washington, les résidants demeurent dans des appartements autonomes mais ont accès à des services sur place comme trois repas par jour, l'entretien ménager, de l'aide pour s'habiller et faire sa toilette, contrôler l'incontinence, et une surveillance attentive de l'état de santé par une infirmière. Ces services permettent de loger des personnes souffrant à la fois de déficiences physiques et mentales[42].

Cette option est perçue comme étant relativement peu perfectionnée, mais les prestateurs de logement s'efforcent de continuer à satisfaire les intérêts des consommateurs. Différentes variantes du modèle sont continuellement mises au point, y compris des résidences-services autonomes ainsi que des fusions avec des logements-foyers existants, des maisons d'hébergement, des établissements de soins multi-niveaux et des ensembles de services enrichis dans les habitations pour retraités. En outre, les hypothèses concernant la taille optimale, les échelles de prix, les méthodes de prestation des services, les diverses catégories de clients et les coûts d'aménagement sont constamment remis en question et rediscutées[170,174].

Les résidences-services semblent avoir les ressources requises pour desservir la grande majorité de la population de 75 ans et plus et pour combler la lacune qui subsiste entre la plupart des formules de logement protégé et les établissements de soins hospitaliers. Les clients dans les ensembles existants sont généralement d'un âge moyen d'environ 85 ans, ont besoin de différents niveaux d'aide, depuis les services de soutien de base (les repas, l'entretien ménager et la lessive) aux soins plus compréhensifs comme l'aide dans les activités de la vie quotidienne et les soins de santé sporadiques ou temporaires. Plusieurs résidants souffrent de certains troubles physiques, tels que la maladie de Parkinson, la paralysie consécutive à un accident cérébrovasculaire, l'arthrose sévère, l'insuffisance cardiaque congestive, etc. et certains utilisent des déambulateurs ou des fauteuils roulants. D'autres sont victimes de démence,

parfois comme conséquence de la maladie d'Alzheimer. Aucun n'est confiné à un lit en permanence. Pour plusieurs, ce choix de logement constitue néanmoins une option de rechange réaliste aux soins en maison de repos, et on prévoit qu'en Orégon, les résidences-services remplaceront au moins 40 p. 100 des lits en maisons de repos qui sont plus coûteux[171].

g) Les établissements de soins multi-niveaux

Les établissements de soins multi-niveaux offrent une variété de milieux de vie et de soutien, mais se distinguent des autres formules de logement décrites ci-dessus en ce qu'ils offrent deux genres distincts de soins ou plus (voir à la figure B-1 une description et une comparaison des divers niveaux de soins offerts au Canada), y compris des soins infirmiers pour les patients alités. Les résidants sont habituellement (mais pas nécessairement) regroupés dans l'établissement selon le niveau de soins qu'ils reçoivent. Certains établissements sont rattachés à des hôpitaux de la localité; d'autres comprennent également certains appartements autonomes complémentaires. Le principe fondamental de la formule des soins multiples est une tentative de fournir des soins continus aux résidants à mesure qu'ils vieillissent. Il existe deux modèles principaux d'établissements de soins multi-niveaux : le modèle à site unique, et le modèle comprenant divers établissements disséminés dans la collectivité, appelé le modèle communautaire[131].

Dans un modèle à site unique, les immeubles (ou les ailes d'un immeuble, etc.) sont situés sur dans un même parc. Les différents niveaux de soins peuvent être incorporés de différentes façons dans une même institution. Dans certains établissements, on les retrouve à des étages différents. Les soins les plus intensifs sont souvent situés aux étages supérieurs pour éviter que le rez-de-chaussée n'ait l'apparence d'une institution hospitalière. Dans d'autres établissements, ils sont situés dans différentes ailes, ou encore dans différents immeubles reliés par un couloir ou un passage. La conception de l'établissement a beaucoup à voir avec le degré d'intégration des résidants des différents niveaux de soins, mais on considère généralement que, dans la plupart des établissements, les rapports sociaux ou autres formes d'interaction sont plutôt minimes. Des exceptions se produisent dans les immeubles où la direction favorise (soit par le biais de programmes officiels ou non) le bénévolat où des résidants plus en santé aident les moins mobiles.

Les établissements de soins multi-niveaux à site unique sont généralement très grands et logent habituellement de 50 à plusieurs centaines de personnes âgées. Ils sont souvent de construction récente, mais il existe plusieurs exemples d'établissements de soins multiples où un bâtiment existant, tel une grande école, a été reconstruit et un ajout édifié[24]. Les

sources de financement pour ce genre d'option proviennent des secteurs privé et public.

Certaines localités (par exemple la municipalité régionale de Niagara, en Ontario) établissent un modèle communautaire comportant des établissements disséminés dans la localité mais fonctionnant sous une même administration pour assurer des soins continus à leurs clients. À Niagara, il n'y a qu'un seul poste d'admission et un seul processus d'évaluation à partir desquels les clients sont ensuite référés à l'option appropriée. Une gamme ou une «continuité de services» sont offerts, y compris les soins à domicile, la cohabitation, les foyers-satellites ou d'autres établissements de soins multi-niveaux à site unique[131].

Les options de soins multi-niveaux sont conçus pour offrir à un nouveau venu la forme la plus élémentaire de soins à l'intérieur du système et lui donner l'assurance que les services lui seront disponibles lorsqu'ils deviendront nécessaires. À cet égard, les membres de l'équipe de recherche ont convenu que cette option de logement est la plus en mesure de répondre aux besoins des personnes de plus de 75 ans. Toutefois, dans la pratique, certains établissements trouvent de plus en plus difficile de se conformer à cette prémisse. Vu le grand nombre de lits affectés à un niveau élevé de soins par rapport au nombre de locataires en résidence, les lits ne sont pas toujours disponibles selon les besoins. Bien que cela puisse être corrigé en gardant deux ou trois lits libres en tout temps (Zeisel, 1988), on peut se demander si cela est rentable. Une autre question souvent discutée parmi les experts consiste à voir si l'inclusion de services médicaux, nutritionnels, sociaux et récréatifs plus coûteux n'a pas pour effet de provoquer la dépendance ou la désaffection de la collectivité en général. Au moins un chercheur a noté que cela n'a été le cas ni à court ni à long terme. En Colombie-Britannique, une étude des résidants dans un établissement de soins multi-niveaux et d'un groupe témoin de répondants résidant dans des appartements pour personnes âgées sans services, on n'a constaté aucune différence en ce qui concerne la détérioration de l'état de santé en général, de la capacité fonctionnelle, de l'interaction sociale, etc.[71].

Le logement-foyer contenant des unités autonomes n'offrant que peu de services, telles que décrites précédemment, combinées à des unités de soins plus intensifs, s'est avéré une méthode tout à fait viable pour la prestation de soins multi-niveaux dans un établissement à site unique. Par exemple, il existe à Ottawa, Ontario, un établissement qui offre une combinaison d'environ 120 appartements d'une chambre à coucher et de 50 chambres résidentielles avec coin séjour. Les occupants de l'aile résidentielle reçoivent leurs repas, de l'aide pour l'entretien ménager, des soins personnels au besoin et de l'aide pour prendre leurs médicaments, si cela est nécessaire, et payent un tarif quotidien. Ceux qui vivent dans

les appartements s'occupent de leurs propres besoins mais peuvent avoir accès, moyennant un tarif supplémentaire, à n'importe quel service disponible aux pensionnaires. Ils ont également la priorité sur les gens de l'extérieur pour déménager dans l'option avec soins. L'ensemble a été bien accepté par la population âgée de revenu modeste à moyen et a une longue liste d'attente. Les administrateurs de la résidence déclarent que, même si l'âge moyen des résidants dans l'option des soins se situe dans les 80 ans, pour plusieurs, il s'agit de leur dernier déplacement. On croit généralement que les relations entre les locataires des appartements et les résidants dans l'aile des soins sont bénéfiques pour les deux groupes. L'établissement organise plusieurs activités qui encouragent ces relations, telles que des programmes récréatifs mixtes et des activités libres.

Un autre établissement, à Terre-Neuve cette fois, consiste d'un centre d'hébergement de 136 lits comprenant une aile de soins protégés pour les personnes qui souffrent de maladies démentielles, et 30 unités de logement autonomes. L'établissement offre également un certain nombre de services externes à la région environnante, y compris des soins de jour, des repas à domicile, des soins de répit et des services de réadaptation. Les administrateurs ont des projets pour aménager un ensemble de logements-foyers comprenant un certain nombre d'appartements privés ainsi que des logements de groupe. Cette initiative a été lancée à la suite de la publication, en 1984, du rapport d'une commission royale dans la province, sur le coût des hôpitaux et des soins de santé. On y reconnaissait que le manque de logements pour les personnes âgées qui ont besoin surtout de surveillance constituait une des carences majeures de la province dans le système de prestation des soins de santé et de services sociaux. Plusieurs croyaient que cette carence était la cause du placement souvent inapproprié de clients dans les hôpitaux et les centres d'hébergement[14].

Il exite d'autres versions de soins continus. Les **«communautés fournissant des soins à vie»** ou **«communautés pour retraités fournissant des soins permanents»** constituent une formule assez commune au sud de la frontière, mais non au Canada. Cette option existe depuis quelque temps mais prend de l'ampleur par suite du nombre sans cesse croissant de résidants qui vieillissent dans des collectivités pour retraités, partout aux États-Unis[161]. Une communauté pour retraités fournissant des soins permanents se définit comme un organisme établi pour fournir le logement et des services, y compris les soins de santé aux personnes à l'âge de la retraite. Une telle communauté doit satisfaire les critères minimaux suivants : 1) elle dispose d'unités de logement autonomes et d'ensembles de soins de santé, comme les logements-foyers; elle dispense des soins personnels et certaines formes de soins infirmiers; 2) elle offre un contrat d'une durée de plus d'un an garantissant un logement et divers services de soins de santé et 3) ses honoraires pour l'utilisation des soins de santé

sont inférieurs au coût total de ces services et ont été en partie payés d'avance par le résidant[135]. Un ensemble en Floride est typique de cette méthode de dispenser des soins permanents. Les promoteurs ont construit un ensemble de logements et incluent, dans le prix d'achat initial, une option de jouissance à vie, sous la forme d'un bail viager, moyennant un droit d'entrée variant de 70 000 $ à 175 000 $. Un particulier ou sa succession reçoit un remboursement de 52 p. 100 de ce droit d'entrée à son départ. Les unités de logement sont de grandeur différente, allant du studio à l'appartement de deux chambres à coucher, et les frais mensuels pour l'utilisation de toutes les installations varient de 625 $ à 1 250 $, selon la taille du logement occupé. Le droit d'entrée et les frais mensuels donnent aux membres le droit à un nombre fixe de jours, sans coût additionnel, dans un établissement de soins intermédiaires ou de longue durée associé à l'ensemble résidentiel. L'acceptation de cette formule, qui de toute évidence vise à atteindre des personnes âgées à l'aise financièrement, est démontrée par la longue liste d'attente de la communauté. Le régime de soins à vie à domicile, décrit ci-dessus dans la section 3.2.3, se fonde sur le modèle de la communauté pour retraités fournissant des soins à vie, mais il est moins coûteux pour les participants que ce dernier parce que le régime ne comprend pas l'élément du logement. Une récente étude réalisée aux États-Unis sur les possibilités de commercialisation des communautés pour retraités fournissant des soins permanents ainsi que du programme des soins à vie à domicile s'est avérée très favorable aux deux options[161].

Les établissements de soins multi-niveaux représentent une option choisie par plusieurs familles des personnes âgées qui souffrent de formes de démence sénile, comme la maladie d'Alzheimer. Les fournisseurs et les prestateurs de soins dans les établissements de soins prolongés s'efforcent constamment d'améliorer la qualité de vie de ces individus et de ceux qui demeurent près d'eux. Des pays tels que la Suède ont fait l'expérience d'une variété de formules de logements de groupe pour les personnes âgées confuses où plusieurs personnes affligées sont réunies[155]. Un exemple de cette méthode existe au Manitoba où un établissement qui avait connu une augmentation de clients démentiels a constaté qu'il était de plus en plus difficile de garder les résidants unifiés[162]. L'établissement a changé sa façon de regrouper ou de catégoriser les personnes. Bien que traditionnellement le personnel avait regroupé les résidants selon leurs capacités physiques, la plupart se rendaient à l'évidence qu'il était plus pertinent d'envisager les caractéristiques «psychosociales» et qu'il était plus convenable pour les individus qui sont «conscients» de demeurer ensemble, qu'ils soient ou non en fauteuil roulant. Les personnes confuses ont donc été regroupées, et l'établissement a été remodelé pour s'ajuster à ce modèle. Une section a été détachée pour loger 12 individus. Ils avaient accès à leur propre espace extérieur aménagé dans une cour spécialement créée pour être intéressante et stimulante. L'endroit est fermé pour fins de

sécurité. Chaque résidant a sa propre chambre, et l'unité comprend également un petit vivoir, une salle à manger et une cuisinette. Les espaces intérieur et extérieur de l'unité ont des caractéristiques conceptuelles destinées à convenir aux capacités du groupe de clients. L'unité compte un personnel de cinq personnes qui sont formées spécialement (selon les besoins des personnes confuse) pour effectuer un certain nombre de tâches. À la suite de l'application de la nouvelle formule, le personnel de l'établissement a constaté que les problèmes de comportement ont diminué à un minimum et la qualité de vie de tous les résidants et du personnel s'en est trouvé sensiblement amélioré[162].

Bref, les membres de l'équipe ont coté assez favorablement la plupart des formes d'unités multiples de logement du point de vue de leur aptitude à produire un milieu exempt de soucis, paisible et sécuritaire. Ces options sont appréciées également parce qu'elles ont la possibilité d'offrir des soins continus à ceux qui ne désirent pas faire plus d'un déplacement permanent une fois parvenus à un âge très avancé.

3.2.3 Les formules de logement conçues à l'intention des personnes âgées et leur liaison avec les services offerts dans la collectivité : quelques exemples réussis

Quel rôle le logement existant et le nouveau logement conçu pour les personnes âgées peuvent-ils jouer dans le soutien des plus de 75 ans dans la collectivité? Il ressort des exposés présentés tout au long du présent rapport, notamment lorsqu'il est question d'initiatives réussies qui influent de façon positive sur la qualité de vie des personnes âgées, que la liaison sans cesse croissante entre les services disponibles dans les établissements de logement pour les aînés - tant ceux conçus spécialement pour les personnes âgées que les modèles plus conventionnels - et les services de soutien offerts dans la localité, est avantageuse pour les personnes âgées et leur famille. Cette interdépendance devrait être encouragée non seulement parce qu'elle peut être avantageuse du point de vue économique, mais également parce qu'elle est plus apte à promouvoir la flexibilité dans la prestation des services requis pour répondre aux divers besoins qu'éprouvent les personnes de 75 ans et plus à mesure qu'elles vieillissent. L'utilisation à bon escient des ressources existantes, dans un esprit de coopération, minimise également le risque d'une surconsommation des services par certaines personnes.

Il existe en principe trois façons de favoriser l'interdépendance : 1) créer de petits ensembles immobiliers conçus en fonction des ressources et des besoins locaux; 2) mettre les ensembles existants, et ceux qui seront construits dans l'avenir, à la disposition des personnes âgées de la localité,

comme centres de services externes; et 3) améliorer la prestation et la coordination des services (comme il en a été question à la section 3.1.3).

Le logement de quartier conçus pour les personnes âgées

Une des nouvelles tendances dans la conception et la construction d'habitations pour personnes âgées est de favoriser la création de systèmes de petits groupes de maisons dans les quartiers où la proportion de propriétaires âgés est élevée[36,66]. Cette disposition comporte des avantages évidents. Le premier est qu'elle vient corroborer le choix des personnes âgées de demeurer dans leur quartier à proximité des amis et des voisins (et de leur soutien) et d'un milieu familier (dont l'importance a été soulignée par Lawton [1988] et d'autres). Le deuxième avantage est que le marché est tout près et déjà conquis. (Le succès qu'assure la proximité de ce marché a été illustré par l'exemple d'un ensemble de logements-foyers sans but lucratif, à Toronto, dont la description est présentée à la page 81). Le troisième avantage est qu'il y a plus de chance que les services dans la localité soient suffisamment bien développés pour être reliés au nouvel ensemble immobilier, quand ce sera nécessaire. Le quatrième avantage est que de plus petits ensembles, adaptés sur le plan architectural et social à un quartier existant, seront sans doute plus facilement approuvés par les fonctionnaires municipaux et les contribuables du voisinage; et le cinquième avantage est que les services offerts dans les ensembles immobiliers pour aînés peuvent également desservir la communauté environnante.

Cette formule (les unités pour personnes âgées disposées en petits groupes) peut être mise en application de diverses manières. L'une d'elles, que l'on appelle le **«Modèle de logements-satellites pour retraités»** ("Satellite retirement/hostel housing concept"), est illustrée par un ensemble de logements mis sur le marché présentement en Australie (le Manitoba a une option semblable dans son programme de services de soutien pour les personnes âgées). Un tel modèle suppose d'abord un établissement existant quelconque (qui peut être une maison de repos ou un centre d'hébergement pour personnes âgées, par exemple) d'où les services de soutien peuvent être dispensés. Les agglomérations de logements pour personnes âgées sont situées à moins de 20 minutes en automobile de cet établissement.

L'idéal serait que chaque groupe comprenne de 4 à 25 unités, et que le réseau d'agglomérations ne compte pas moins de 25 à 30 unités. L'emplacement des groupes devrait être relié à l'établissement hôtelier central par une seule voie de communication, et le nombre maximal des unités desservies devrait être d'environ 75[36]. Les figures C-2 à C-4 de l'Annexe C illustrent quelques-uns des différents modèles possibles.

Plusieurs variantes de cette formule sont possibles et les agglomérations peuvent prendre diverses formes, selon la localité. Elles peuvent être soit des unités conventionnelles autonomes d'une chambre à coucher nouvellement construites; soit de petits aménagements de densification (un exemple existe à Regina, Saskatchewan, à l'intention des autochtones âgés)[55]; soit des maisons mobiles ou des pavillons-jardins (présentement, aux États-Unis, de petites agglomérations sont créées en regroupant de 7 à 10 unités, dont une pour le concierge); soit des unités reconstruites dans un bâtiment existant (comme l'exemple de Philadelphie donné à la page 83); soit des appartements existants pour les personnes âgées; soit enfin de plus petits bâtiments, tels qu'une résidence) où les services sont restreints.

La formule est applicable dans les centres ruraux comme dans les centres urbains. Par exemple, le secteur du logement à but non lucratif, au Danemark, a élaboré une option semblable pour les fermiers à la retraite. Cela comprend un groupe de cinq appartements autonomes attenants à un étage avec une salle de réunion centrale (dotée d'une cuisine, d'un petit salon et d'une salle de toilette). Les groupes d'unités ont été construites dans des villages voisins et n'ont pas de personnel. Les résidants utilisent les services communautaires existants. Depuis que le projet a été lancé, aucun des résidants n'a déménagé dans un centre d'hébergement, même si plusieurs sont des octogénaires ou des septuagénaires avancés[47].

Les groupes peuvent aussi surgir spontanément, comme dans le cas d'une localité non planifiée de retraités ou d'un quartier dont la concentration de personnes âgées est plus élevée que la moyenne. (Pour plus de détail à ce sujet, voir Hunt, M.E.[66], Hunt, 1985)[82]. Dans ces cas, il arrive souvent que les centres existants pour personnes âgées desservent les quartiers avoisinants. Toutefois, la nature des services fournis évolue. Dans un centre d'Ottawa, comme dans bien d'autres, des services externes, sous forme d'un programme de soutien à domicile, ainsi qu'une variété de commodités sur place sont mis à la disposition des personnes âgées d'un vieux secteur du centre-ville, pour les aider à vivre de façon aussi autonome que possible dans leur propre maison. Les services externes comprennent, entre autres, l'information et l'aiguillage, l'entretien ménager, les travaux d'entretien à l'extérieur de la maison, les services de gardien et d'escorte, les visites amicales, le transport, l'aide pour magasiner et un programme d'assurance téléphonique[60]. Les nombreux services sur place qui sont mis à la disposition des gens de la localité comprennent des programmes de conditionnement physique, les repas, la pédicurie, les cliniques dentaires et les cliniques pour les oreilles ainsi que des possibilités de bénévolat.

Méthodes d'extension

L'utilisation des installations existantes comme les centres de services pour la collectivité avoisinante a été préconisée par ceux[74] qui soutiennent que plusieurs des commodités sur place, telles que les bains tourbillons spéciaux et les bains avec dispositifs hydrauliques de levage, par exemple, sont sous-utilisés. Les services de soins mis à la disposition de la collectivité peuvent être offerts dans le cadre d'un programme de jour pour les personnes âgées (décrit plus tôt) où les personnes âgées des quartiers environnants sont transportées au centre pour bénéficier des divers programmes. Les avantages sont évidents : une infirmière visite à domicile environ cinq clients par jour; or, si ces personnes étaient conduites à l'infirmière, elle pourrait probablement en voir jusqu'à 20 par jour. Cependant, cette formule ne réussira pas à moins que l'on ne s'attaque aux préoccupations qui harcèlent les préposés au transport spécial offert dans plusieurs municipalités au Canada. Pour les personnes de plus de 75 ans ayant des problèmes de mobilité, le transport en commun est inaccessible. Pour ce qui est du transport spécial, la demande est telle que plusieurs opérateurs ont de la difficulté à respecter les horaires, un problème constant qui frustre autant les opérateurs que les usagers[122]. L'étude sur les besoins des personnes âgées d'Hamilton, Ontario, dont on a parlé plus tôt, suggérait qu'une solution à ce problème pourrait être d'accorder des subsides aux compagnies de taxi pour le temps supplémentaire qu'ils prennent à desservir les personnes handicapées. Afin que les programmes de jour soient plus aptes à répondre aux besoins, il faudrait que les nouvelles installations soient situées dans le quartier, afin de réduire les distances.

Les commodités assorties au logement qui desservent la clientèle tant de l'intérieur que de l'extérieur peuvent être fort simples, comme un restaurant ou un café. La Commission du logement de la Colombie-Britannique a effectué récemment une étude sur la question de «vieillir chez soi» afin de déterminer la rentabilité d'offrir divers services, en particulier des repas, dans certains de leurs ensembles de logements pour personnes âgées. Les enquêteurs ont été surpris de constater que seulement environ 20 p. 100 des locataires étaient intéressés à des repas optionnels trois fois par semaine. Toutefois, on a manifesté de l'intérêt pour un restaurant adjacent ouvert aux locataires et au public.

Un autre excellent exemple de la façon dont un aménagement existant a été conçu non seulement pour intégrer les résidants dans l'établissement, mais aussi pour rallier le quartier environnant, existe à une intersection achalandée, à Toronto. L'ensemble, qui est parrainé par un groupe affilié à une église, est composé de 127 appartements autonomes pour les personnes âgées, 20 appartements pour soins à domicile, 25 lits de centre d'hébergement, huit appartements pour adultes handicapés, une

résidence qui loge cinq étudiants, huit maisons familiales en rangée et huit appartements familiaux. C'est la composition de la population de l'ensemble qui rend cette communauté unique. Son succès peut également être attribué en partie à l'harmonie que l'on favorise entre les gens de différentes souches ethniques. Cependant, tous les résidants n'ont pas le même bagage culturel. Le groupe d'immeubles convient bien au quartier et a une cour paysagée.

Le hall d'entrée de l'immeuble principal contient un restaurant-café et un magasin de dépannage qui sont utilisés par les résidants et les personnes âgées du voisinage (le secteur a une des plus fortes concentrations de citoyens âgés du Toronto métropolitain). Une combinaison de facteurs, tels que la planification, la conception et l'emplacement, contribuent à faire de cette communauté particulière un milieu très solidaire pour les locataires âgés[35].

Il existe plusieurs autres excellents exemples d'un bout à l'autre du pays où des établissements existants ont rejoint le public qui les entoure. Certains présentent des activités strictement récréatives; d'autres ont des services de repas; d'autres encore offrent des centres de jour agrémentés d'une variété de services, comme ceux dont il a été question ci-dessus. L'équipe de recherche convient à l'unanimité que cette orientation devrait être encouragée davantage.

4.0 PROGRÈS TECHNOLOGIQUES DANS LA CONCEPTION DE LES DISPOSITIFS D'AIDE

Un des domaines les plus prometteurs pour rendre plus rassurant l'habitat des personnes de 75 ans et plus est celui de la technologie. Les innovations technologiques appliquées au logement peuvent souvent, et de façons très simples, améliorer la sûreté et la sécurité d'une résidence. Parfois, particulièrement dans le cas des gens affligés de troubles fonctionnels, ces innovations peuvent faire toute la différence entre la capacité de maintenir leur autonomie ou de sombrer dans un état de dépendance croissante envers les autres.

Les scientifiques, les ingénieurs et les chercheurs dans le monde entier créent des prototypes, évaluent de nouveaux produits et améliorent les dispositifs existants. (The Aging and Rehabilitation Product Development Project au Manitoba, [voir l'annexe D-1 pour une explication plus complète], est un exemple de l'engagement du Canada en ce domaine). Des fournisseurs de services, des universitaires et d'autres professionnels répondent à ce défi, comme en témoigne une récente conférence internationale tenue en Floride et exclusivement consacrée à ce sujet[160].

Aujourd'hui, les progrès technologiques les plus connus des Canadiens sont, entre autres, divers modèles de systèmes d'intervention d'urgence et d'interrupteurs automatiques pour les appareils ménagers. Pourtant, nombre d'innovations récentes vont beaucoup plus loin, notamment dans le cas des moyens techniques de conception et de production. Nous présentons ici quelques exemples de ces initiatives pour illustrer comment elles peuvent aider les personnes de plus de 75 ans à maîtriser les situations de la vie quotidienne, qu'elles continuent à vivre chez elles, ou qu'elles emménagent dans une formule ou une autre de logements pour retraités.

4.1 Appareils d'aide

Plusieurs appareils d'aide technique disponibles aujourd'hui ont été conçus pour aider les gens souffrant de diverses incapacités à se débrouiller dans la vie quotidienne. L'annexe D-2 présente une liste exhaustive des troubles communs aux personnes très âgées, leurs conséquences, et comment la technologie actuelle peut y répondre[113]. Bien que la plupart de ces appareils soient disponibles au Canada, leur usage est limité parce que le public et beaucoup de pourvoyeurs de services ne les connaissent pas suffisamment.

4.1.1 Intervention électronique d'urgence

Parmi les récentes applications technologiques de plus en plus connues et utilisées au Canada, il y a divers dispositifs électroniques d'intervention d'urgence. Ils peuvent servir dans des systèmes reliés à un hôpital ou à un centre d'hébergement, comme les exemples dont nous avons parlé à la

section 3.1.3, mais ils ne sont pas limités à des services en établissement. Même si leur utilité pour les personnes de 75 ans et plus a été amplement démontrée, la plupart des personnes âgées qui pourraient avantageusement s'en servir ne le font pas. Les détails du fonctionnement des divers systèmes ont déjà été présentés ailleurs (voir, par exemple, "The study of Emergency Response Systems for the Elderly", SCHL, 1988). Pourtant, la plupart des gens se limitent encore à l'utilisation de la technologie conventionnelle du téléphone et de l'ordinateur personnel.

Pour le dire dans les termes les plus simples, un dispositif d'intervention d'urgence permet à une personne en difficulté (y compris un accident, une chute, un problème de santé, un problème de sécurité comme l'intrusion d'un étranger, un incendie, etc.) d'appeler à l'aide en pressant simplement un bouton – installé soit sur le téléphone, soit sur un dispositif particulier porté sur le corps ou attaché au mur. Dans une récente évaluation de l'appréciation des utilisateurs[113], la majorité de ceux-ci (surtout des femmes âgées vivant seules) entendaient conserver leur appareil et continuer à vivre chez elles. Tous trouvaient le système facile à utiliser, quoique certains répondants trouvaient que leur modèle particulier (une chaîne avec un transmetteur en forme de médaillon) était lourd et incommodant.

4.1.2 Progrès en électronique et en robotique

Les progrès récents réalisés dans l'électronique et la robotique domestique peuvent apparaître assez révolutionnaires en comparaison des normes actuelles. Nous décrivons ici en particulier la 'maison intelligente' et la 'résidence électronique', ainsi que quelques exemples d'utilisation de robots dans les résidences et les centres d'hébergement.

Le concept de la «maison intelligente»

La «maison intelligente» est une norme de filerie résidentielle de la National Association of Home Builders, aux États-Unis, servant à l'installation d'un système unifié de filerie et de canalisation électrique[18]. Ce système utilise une technologie qui a déjà fait ses preuves pour remplacer les installations traditionnelles par un réseau logique de cables combinant la distribution de l'énergie électrique, des services téléphoniques et télévisuels, et de la commmunication de données[149]. Sans entrer dans trop de détails techniques, disons que le potentiel de ce genre d'innovation est sa capacité d'interpréter des événements qui ont lieu dans le milieu et d'y répondre de façon «intelligente». Les événements peuvent être de toutes sortes, comme allumer une fournaise qui n'a pas pris feu, éteindre la cuisinière qui aurait dû être éteinte, ou des interactions personnelles plus complexes, comme surveiller les mouvements

(personnes qui ne devraient pas être dans la maison à ce moment) ou l'abence de mouvement (une personne âgée qui ne se lève pas à une heure convenue)[113]. Les possibilités sont illimitées, et toutes peuvent rendre le foyer plus sécuritaire, plus comfortable et mieux protégé pour une personne âgée. (On peut trouver à l'annexe D-3 une description plus détaillée de certaines caractéristiques de la «maison intelligente».)

Un modèle du système de la «maison intelligente» vendu présentement dans les magasins à rayons au Japon fonctionne à la façon de la télécommande utilisée pour le téléviseur ou la porte de garage. Un tel système permet aux personnes alitées d'ajuster la température dans leur chambre, ou l'éclairage, ou la ventilation (ouvrant ou fermant les fenêtres) de même que toute une foule d'autres actions dans leur entourage.

Un prototype semblable, appelé la «résidence électronique» est mis à l'essai au Danemark. Un appartement dans un nouveau projet domiciliaire pour personnes âgées a été équipé de commandes électroniques contrôlées à partir d'un panneau mural. Parmi les caractéristiques particulières de cette résidence, il y a un oeil de porte muni d'un vidéo-caméra qui transmet l'image sur l'écran du téléviseur, une boîte aux lettres électronique munie d'une lumière qui s'allume automatiquement quand le courrier est livré, un ouvre-porte et ouvre-fenêtre commandés à distance, des commandes électroniques de la cuisinière et du fourneau, de même qu'un commutateur automatique pour la radio et le téléviseur[19]. Tous les appartements d'un ensemble peuvent être convertis à ce système électronique au rythme des besoins, moyennant quelques modifications mineures.

Appareils robots

Les progrès dans les appareils robots destinés à aider les gens handicapés physiquement ou mentalement dans leurs activités quotidiennes normales vont des dispositifs particuliers, comme le levier portatif hydraulique pour la baignoire, aux appareils interactifs, comme les systèmes de commande à distance et les robots. Au Japon, on expérimente présentement l'usage de robots dans un établissement pour personnes âgées construit à cette fin. L'utilisation de robots pour accomplir certaines tâches normalement exécutées par des personnes préposées aux soins est perçue comme une solution pour réduire le stress chez les travailleurs ou dispensateurs de soins, aussi bien que pour régler le problème du manque de travailleurs spécialisés[66]. Du même coup, les robots peuvent rendre plus autonomes les personnes âgées alitées ou gravement handicapées.

Les appareils robots destinées aux personnes gravement handicapées que l'on soumet présentement à l'essai dans d'autres pays comprennent des systèmes de surveillance et d'alerte, des dispositifs de rééducation à la

continence et d'aide pour conduire, des lits multi-fonctionnels qui permettent aux individus de se laver et d'utiliser la toilette sans quitter leur lit, et enfin, des leviers que le patient peut faire fonctionner lui-même ou avec l'aide d'un assistant pour se déplacer du lit à un autre endroit. La résidence robotisée (tout comme la «maison intelligente» décrite plus haut) permet à la personne alitée de garder la maîtrise sur l'environnement de sa chambre, de voir à l'écran de télévision qui est à la porte d'entrée, d'admettre cette personne à l'intérieur ou de lui donner un message, de commander de la lecture sur un autre écran, etc.[66]. Cette option utilise un simple ordinateur du calibre d'un Apple II. Il est aussi possible de relier l'équipement de diagnostic du lit du patient au cabinet du médecin, de sorte que celui-ci et le patient peuvent communiquer par leur écran respectif de téléviseur. Cette invention ouvre des perspectives formidables sur un projet comme «l'hôpital à domicile» décrit plus haut.

On a inventé des robots capables d'apporter les repas, d'aider à manger et de distribuer les médicaments. Cependant, il y a peut-être des limites à ce que le public est prêt à accepter dans cette nouvelle méthode de dispenser les soins personnels.

4.2 Progrès dans la conception

D'importants progrès ont été réalisés dans la conception de dispositifs d'aide technique simples ou plus complexes, pouvant grandement améliorer le milieu de vie des personnes âgées ou handicapées et leur permettre de continuer à habiter leur maison. Certains de ces produits sont conçus pour rendre les espaces plus flexibles, de sorte qu'on peut modifier les espaces à mesure que changent les besoins. D'autres sont des dispositifs plus spécialisés (des poignées de portes et des robinets à levier, des poignées de sécurité et des mains courantes, des rampes et des leviers, du mobilier conçu spécialement pour certains besoins, etc.), incorporés dans la résidence pour rendre moins onéreuses les activités quotidiennes des résidants âgés ou handicapés physiquement. Enfin, il y a aussi des outils pratiques et des produits de conception spéciale, comme la vaisselle et les ustensiles, des appareils de cuisine ou de chambre à coucher aptes à maintenir l'autonomie des personnes handicapées qui vivent seules.

4.2.1 Modification des espaces

Nous trouvons au Japon un exemple de l'une de ces nouvelles orientations. Depuis 1980, le ministère japonais du Commerce international et de l'Industrie a subventionné un programme de recherche dont le but est de concevoir des logements dotés d'une flexibilité fonctionnelle qui peut changer au rythme où les besoins des occupants changent : on peut remodeler partiellement, replacer certaines sections, installer de l'équipement d'aide à l'autonomie, ou ajouter de l'espace supplémentaire.

Un prototype de maison a été conçu en vue d'être modifié quatre fois : (1) au niveau de l'autonomie; (2) au niveau de l'aide à se déplacer; (3) au niveau des soins personnels pour une personne utilisant constamment un fauteuil roulant; (4) au niveau des soins médicaux et infirmiers d'un occupant âgé et alité[66]. (Voir les modèles détaillés à l'annexe D-4).

Ce concept pourrait être intégré dans des unités mobiles, telles que le pavillon-jardin, ce qui permettrait aux occupants d'y demeurer même s'ils étaient frappés d'un grave handicap. Il pourrait aussi être bénéfique dans un établissement collectif ou une installation de plusieurs niveaux de soins, et cela réduirait l'angoisse d'une personne âgée et invalide pendant longtemps, mais forcée de déménager chaque fois qu'elle passe à un autre niveau de soins. Avec ce modèle, c'est l'espace qui déménagerait, plutôt que la personne. Il y a des cas au Canada où l'on fait usage d'unités mobiles (par exemple, près de Victoria, C.-B., il y a un établissement offrant plusieurs niveaux de soins). Cependant, nous n'en savons pas encore beaucoup sur le succès de ces installations dans notre pays. Il nous faut encore poursuivre la recherche.

4.2.2 Le logement adaptable

Le concept de logement adaptable a pris forme aux États-Unis au cours de la dernière décennie, en réaction à l'insatisfaction grandissante au sujet de nombreuses formes traditionnelles de logement accessible. Les problèmes cités comprenaient une conception inadéquate, trop peu d'espace pour les familles, une apparence institutionnelle, le faible taux d'occupation, les quantités limitées et des emplacements mal choisis[9]. Une unité de logement adaptable est une résidence accessible conçue et construite de façon à éliminer cette apparence «particulière» tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

À l'extérieur, les résidences adaptables ont une entrée qui sert de rampe aux fauteuils roulants, mais avec l'apparence d'agréables sentiers paysagés. La maison a à la fois des caractéristiques permanentes d'accessibilité et d'autres qui peuvent être modifiées au besoin. Ainsi, toutes les unités résidentielles sont dotées de portes plus larges, il n'y a pas de marches à l'entrée, les commutateurs et les contrôles sont placés à une hauteur moindre, et la plupart des pièces et des espaces vitaux sont situés sur une voie d'accès facile. Comme la structure de base est conçue pour être facilement accessible, la plupart des adaptations prévues n'exigent pas de modifications à la structure. Il peut s'agir, par exemple, de changer la hauteur des comptoirs et des éviers, d'enlever une armoire pour laisser de l'espace pour les genoux sous un plan de travail, sous l'évier de cuisine et le lavabo de la chambre de bain et d'installer des poignées de sécurité au besoin[9].

Les avantages du concept de logement adaptable ont été reconnus et plusieurs États l'ont intégré dans leurs codes du bâtiment, comme solution de rechange au logement accessible fixe. Cette méthode a suffisamment de flexibilité pour répondre aux besoins des résidants handicapés, tout en étant convenable et attrayante pour tous. Dans certaines régions où les propriétaires avaient de la difficulté à louer leurs logements accessibles fixes, cette formule de logement adaptable a permis de construire un plus grand nombre d'unités, de façon à répondre aux besoins de tout le monde[9].

4.2.3 Dispositifs techniques et instruments pratiques d'aide dans la vie quotidienne

Bien qu'une approche plus «holistique» à l'accessibilité comme les moyens jusqu'ici exposés soit idéale, il existe par ailleurs un bon nombre de dispositifs de conception spéciale qui peuvent être installés dans un foyer n'importe quand. La plupart de ces produits sont couramment utilisés dans d'autres pays, et bien qu'ils soient de plus en plus connus ici, on les trouve rarement dans nos demeures canadiennes. Le coût en est sans doute une raison déterminante, mais il y a aussi une question d'attitude générale envers le changement.

La liste d'innovations qui sont présentées ici tire son origine de plusieurs pays, dont le Canada, et constitue une série d'exemples qui démontrent comment des produits de conception universelle peuvent relever le défi non seulement des personnes âgées et handicapées, mais aussi des personnes de tout âge, avec ou sans handicap. Ces produits comprennent des éléments de cuisine dont la hauteur est modifiée életroniquement par un tableau de commande installé sur la face du comptoir, de même que des lavabos de hauteur ajustable, munis d'un banc et d'une douche manuelle fixée au panneau arrière du lavabo. Pour des personnes qui souffrent d'instabilité ou de faiblesse des avant-bras, l'évier est moulé de façon spéciale pour affermir les mouvements des bras pendant que la personne se lave ou prend sa douche[66].

Le Danemark a mis en marché un lavabo de conception universelle, à l'usage de tous les membres de la famille. Sa hauteur est facilement ajustable à l'aide d'un levier. La même entreprise a également produit un siège de toilette spécialement conçu pour les personnes agées et frêles, offrant la possibilité d'appuie-bras et de levier. Un produit semblable a été conçu au Canada. Le levier, qui est actionné d'un simple mouvement de la main, sert à aider les personnes dont les jambes sont faibles ou dont les genoux et les hanches sont peu flexibles, à s'asseoir ou à se lever d'elles-

mêmes, sans avoir besoin d'aide[138]. Sur le même thème, des scientifiques suisses ont mis au point une toilette (disponible au Canada et utilisée conjointement avec la toilette à levier) qui associe une douche à la toilette, avec séchage à l'air chaud.

Outre les dispositifs décrits ci-dessus, il existe beaucoup d'instruments et de produits très bien conçus pour aider les gens à vaquer aux activités normales de la vie quotidienne de leurs propres moyens, sans avoir à dépendre des autres. Un catalogue récent (Medical/Aids for Daily Living) présente près de 100 différentes espèces de produits conçus spécialement pour les personnes ayant des problèmes de mobilité. On y trouve de la vaisselle et de la coutellerie, une variété d'ouvre-bouteilles et d'ouvre-pots, un ensemble combiné marcheuse-chariot à provisions, des accesssoires de chambre de bain, tels que des coussins de baignoire, des distributeurs de pâte dentifrice, etc., des dispositifs de cuisine comme des tourne-robinets ou un appareil qui incline la bouilloire, des instruments de ménage, comme des tourne-clés, des outils de jardinage, des tourne-poignées de porte, des enfileurs d'aiguille, des appareils pour soulever ou abaisser les lits et les chaises, et des dispositifs pour aider à s'habiller, comme des chausse-pieds à grand manche ou des outils pour mettre des bas.

En résumé, il est évident que toutes ces innovations sont très utiles pour les personnes de 75 ans et plus, et dont les mouvements sont limités par certains handicaps. Cependant, la réalité est que beaucoup de ces produits ne sont pas disponibles sur le marché (du moins à des coûts abordables) pour les personnes âgées d'aujourd'hui. L'ignorance et l'inconscience du public expliquent aussi dans une large mesure pourquoi la plupart de ces innovations sont beaucoup plus répandues en certains endroits qu'en Amérique du Nord. La créativité dans la conception des logements est souvent étouffée par la rigidité des normes et des règlements de la construction[66]. Aussi, avant qu'une méthode universelle de bonne conception soit acceptée, les attitudes de l'architecte et du consommateur devront être modifiées[101].

Il n'y a aucun doute, cependant, que la technologie aura un rôle très important à jouer dans le logement des personnes très âgées.

5.0 LA PROCHAINE ÉTAPE

L'équipe de recherche a été invitée à fournir, en termes très généraux, une orientation vers des solutions innovatrices au logement des Canadiens de 75 ans et plus. Le rapport a traité longuement et en détail de nombreuses options disponibles au Canada et ailleurs. Afin de faire de ces options des réalités, il nous faut maintenant considérer cinq domaines généraux : (1) la recherche, (2) la connaissance, (3) la coordination, (4) le procédé, (5) l'éducation.

5.1 La recherche

L'équipe de recherche est convaincue du besoin de recherche pertinente pour appuyer les initiatives de logement. Les genres de recherche jugés nécessaires comprennent :

- une évaluation des besoins et des études de rentabilité au niveau local pour aider les planificateurs et les promoteurs à prendre des décisions sages;
- des projets expérimentaux et une évaluation rigoureuse des nouvelles options;
- une évaluation des solutions mises à l'essai dans d'autres pays afin de déterminer si oui ou non elles seraient réalisables et effectives au Canada;
- une recherche longitudinale sur les choix particuliers de logement à partir d'échantillons comparables dans la collectivité.

Les administrations locales, telles que les commissions municipales de logement, ont besoin d'encouragement et de soutien dans leurs efforts pour faciliter la recherche. Les instruments de recherche qui sont adéquats pour usage au niveau local doivent être explorés, et même développés au besoin, puis distribués aux organismes locaux appropriés. De même, tous les projets pilotes devraient comporter une évaluation.

La recherche longitudinale, plus répandue aux États-Unis qu'au Canada, peut être très coûteuse. Il importe que les services de santé, de logement et les services sociaux conjuguent leurs efforts pour soutenir la recherche centrée sur la population, la plus apte à l'investigation de nombreux facteurs pouvant nous indiquer quelle solution serait bénéfique aux Canadiens.

5.2 La connaissance

Il est devenu hautement prioritaire de trouver des moyens d'améliorer la diffusion de l'information à tous les secteurs. Dans de nombreuses études, on a reconnu comme le principal obstacle au logement adéquat de la population des

75 ans et plus, le fait que le public, les dispensateurs de services, les planificateurs et les promoteurs ne connaissent suffisamment bien ni les options de logement qui pourraient être offertes, ni les dispositifs d'aide et les innovations technologiques dont elles pourraient être agrémentées.

Il faut trouver des moyens d'améliorer la diffusion de l'information. Il nous faut nous familiariser avec le phénomène du grisonnement du Canada; c'est une condition prérequise à une action concertée du grand public ou de ses représentants élus. Les spécialistes qui oeuvrent dans le domaine de la gérontologie et de la gériatrie ont la responsabilité de partager leur information avec les médias et de stimuler les débats sur une foule de solutions. On vient à peine de reconnaître les répercussions du mouvement visant à «garder les personnes âgées hors des établissements». La quantité et la qualité des services de santé requis pour satisfaire aux besoins d'une population rapidement croissante d'aînés dépassent les capacités des agences mandatées à cet effet. Toute une variété d'options de rechange sont requises pour répondre à la diversité des situations, des besoins et des préférences.

Les résultats des études de recherche devraient être distribués aux parties intéressées sous forme de vidéos, autant que de rapports écrits. Les associations nationales d'aînés, de même que les agences locales d'immeubles, pourraient servir de véhicule pour diffuser la documentation à leurs membres. Des initiatives locales, telles que la préparation d'un inventaire détaillé des logements spécialement construits pour les aînés, comme celui qui a été publié récemment dans la Région Ottawa-Carleton par le Conseil sur le vieillissement, doivent être encouragées. Des conférences sur le logement, telles que celle qui a été tenue à Halifax, Nouvelle-Écosse, du 17 au 20 octobre 1988, parrainée par la SCHL sous le thème : «Options de logements pour les Canadiens âgés» ont regroupé une foule de gens intéressés pour diverses raisons au logement des aînés. Les répercussions de cette conférence devraient être mesurées d'ici quelques années pour évaluer le besoin d'autres stimulants de la sorte. La SCHL a aussi entrepris en 1988 un Programme de mérite afin de familiariser les Canadiens avec des exemples d'heureuses solutions au logement des aînés. De telles initiatives devraient être une inspiration incitant d'autres paliers de gouvernement et des organismes non gouvernementaux à examiner ce qu'ils peuvent faire, de leur côté, pour éduquer le public et susciter des contributions à l'amélioration du logement pour les personnes âgées.

5.3 La coordination

À maintes reprises, les difficultés de la coordination ont été identifiées, par les spécialistes consultés oeuvrant au sein de divers organismes, comme le principal obstacle à la prestation des services aux personnes âgées, et c'est là une préoccupation qui n'a pas été ignorée par les pouvoirs locaux et les provinces. Il n'y a pas de solutions faciles. Le présent rapport a mis en évidence un certain

nombre de modèles que prennent les différentes méthodes de prestation des services aux personnes à risque élevé. Certains organismes relient les services directement à l'individu, comme le fait le programme "Community Options" en Australie, tandis que d'autres les relient à l'endroit où ils sont offerts (comme le Support Services to Seniors Program, au Manitoba). Ce que ces différentes modalités ont en commun, c'est qu'elles aident avec succès un bon nombre de personnes âgées dans la localité.

5.4 Le processus

Une des dures réalités auxquelles on doit faire face quand il s'agit de logement, c'est le terrain. Qui en est le propriétaire? Qui peut y avoir accès? Combien peut-il coûter? L'autre réalité est l'argent -- qui va le fournir, et à quel prix? Un terrain pour construire des logements pour personnes âgées doit être bien situé - près des agréments et des services, et plus important encore, près d'un bon service de transport en commun. Les Églises et les divers paliers de gouvernement possèdent souvent des terrains dont ils seraient prêts à disposer, dans les meilleures circonstances, à des prix fort abordables. Quant au propriétaire privé, il est naturellement intéressé à en retirer un bon profit. Mais parfois les gouvernements et les propriétaires privés peuvent arriver à s'entendre sur des conditions avantageuses aux deux parties, et offrir ainsi du terrain pour des logements de prix abordable. Faire asseoir à la même table des représentants du gouvernement et un promoteur privé, et en plus des consommateurs éventuels nantis de quelques capitaux accumulés lors de la vente de leur maison, serait une façon d'assurer la légitimité et de minimiser les risques. L'assurance hypothécaire est un bon exemple de ce genre de partenariat.

Plusieurs Églises, groupes ethniques et autres organismes à but non lucratif ont déjà parrainé des projets de logements pour les aînés, mais il y a place pour beaucoup plus d'activités de la sorte qu'on n'en a vues jusqu'ici. Les membres de l'équipe ont reconnu que pour desservir convenablement les 75 ans et plus, il faudra s'efforcer de leur fournir la combinaison nécessaire de logement et de services de soutien. Maintenant que la SCHL n'est plus responsable de fournir la majeure partie des logements non lucratifs, le rôle des groupes ressources qui ont déjà eu de bons résultats peut devenir encore plus important. Cependant, il incombera probablement au gouvernement d'agir comme catalyseur pour amener les partenaires ensemble et faciliter le financement.

Un facteur clé serait d'élaborer des moyens de fournir à ces organismes à but non lucratif l'accès à des fonds de démarrage et à un financement intérimaire, lorsqu'il s'agit de projets de logements pour aînés financés par les occupants.

En résumé, les membres de l'équipe ont convenu qu'il y avait là de belles occasions de partenariats entre les secteurs public et privé, et qu'un troisième partenaire, le bénévole, pouvait aussi y jouer un rôle important. Ils ont convenu

également que pour rendre ce genre de partenariat efficace, il fallait trouver les moyens de fournir du soutien dans les domaines suivants :

- l'aide technique,
- une aide à la gestion,
- l'accès au financement.

Ils ont reconnu en outre que les associations d'aînés peuvent jouer un rôle irremplaçable en identifiant ce que les aînés préfèrent et ce dont ils ont vraiment besoin, et en encourageant l'aménagement de logements pour les personnes agées.

5.5 L'éducation

Enfin, comme la gestion d'immeubles à logements multiples constituera un élément crucial, tant dans le secteur public que privé, il faudra explorer des moyens de soutenir des programmes de formation pour les gérants de logments et de locaux et pour leur personnel de soutien, de même que pour les éducateurs dans le domaine de l'habitation.

Un des obtacles les plus difficiles est de trouver l'argent nécessaire pour former le personnel et fournir les services. Dans le domaine de la santé, le Canada a élaboré un système d'assurance-santé visant à répondre aux besoins en matière de santé de tous les Canadiens, sans égard à leurs revenus. Peut-être pourrait-on songer à la possibilité d'instituer un système de service social établi sur les mêmes principes. Des centres communutaires de service social pourraient être aménagés afin d'offrir aux personnes âgées les formes de soutien qui leur permettraient de conserver leur autonomie. Leurs enfants adultes pourraient alors offrir leur propre supplément d'aide, conjointement avec l'aide du centre. En Ontario, le Home Support Program s'oriente dans cette direction.

Un autre obstacle à la découverte des bonnes solutions, c'est l'insuffisance de la demande de la part de consommateurs bien informés. La plupart des aînés, des plus jeunes aux plus vieux, ne connaissent rien des caractéristiques de conception et des exigences environnementales (physiques ou sociales) auxquelles ils pourraient aspirer pour leur agrément au cours des dernières étapes de leur vie. Un programme d'éducation innovateur est requis pour aider les gens à reconnaître ce qu'ils devraient rechercher dans leur logis et dans les systèmes de soutien. Pour obtenir de bonnes réponses, il faut savoir formuler les bonnes questions. Le grand public sera plus empressé de collaborer si on lui donne l'information nécessaire pour formuler les bonnes questions. Tous s'entendent

généralement pour dire que, quelles que soient les solutions identifiées, elles doivent offrir une gamme de choix, afin que chacun puisse avoir accès à la solution la plus appropriée à ses circonstances personnelles.

La présente étude a démontré qu'il existe plusieurs choix de logements nouveaux et innovateurs offerts aux personnes de plus de 75 ans. Certains sont déjà réalisés au Canada; d'autres existent dans divers pays hors du Canada. Tous sont possibles. Les exemples décrits dans ce rapport ont été jugés par l'équipe de recherche comme ayant le meilleur potentiel, étant donné les critères établis et les caractéristiques du groupe visé. Il importe de souligner, cependant, que la méthode d'évaluation utilisée ici ne peut être qu'un instrument pour aider les chercheurs à absorber des volumes entiers de documentation pertinente et à tirer quelques conclusions préliminaires.

L'équipe de recherche a reconnu que les solutions qui utilisent des ressources existantes étaient les plus prometteuses, lorsqu'elles répondent à tous les critères, et qu'elles devraient être encouragées. Le rapport donne de nombreux exemples de façons dont cela peut se faire, non seulement par la transformation d'habitations existantes, (comme l'addition d'un logement protégé), mais aussi en encourageant plus d'activités à l'extérieur des installations existantes. Quant aux ensembles de logements construits spécialement pour les personnes âgées, ceux qui sont situés dans des voisinages où les services aux aînés sont bien organisés, ou encore ceux qui offrent sur place une gamme plus complète de services, tout en respectant le désir des résidants de maintenir leur espace et leur vie privée, semblent avoir les meilleures chances de succès.

La présente étude doit être considérée comme une simple exploration visant à donner au lecteur une vue d'ensemble des nombreux problèmes et des nombreux choix qui caractérisent toute la question du logement des personnes très âgées au Canada. Afin de hâter un peu plus le jour où quelques-unes des options les plus prometteuses deviendront réalité pour les Canadiens, il faudrait réaliser d'autres études en profondeur et encourager d'autres projets pilotes, accompagnés de démonstrations.

ANNEXE A - 1

BIBLIOGRAPHIE

1. Abbey, R. et coll., "Community Options: A New Approach in Assessment and The Delivery of Services in the Aged Care Field". *Australian Journal on Aging*, vol. 6, nº 2, mai 1987.

2. Advisory Committee on Rest Homes, *Rest and Retirement: A Report on the Regulation of Residential Care Facilities to the Ontario Minister for Senior Citizens' Affairs*, avril 1989.

3. Altman et coll., *Elderly People and the Environment*. New York: Plenum Press, 1984.

4. American Association of Retired Persons (AARP), "Understanding Senior Housing: an AARP Survey of Consumer Preferences, Concerns and Needs", Consumer Affairs Program Dept., 1986.

5. American Association of Retired Persons (AARP), "American Association of Retired Persons Conducts an Investigation of State Board and Care Regulatory Systems", AARP Housing Report, Consumer Affairs Program Department, juin-juillet 1988.

6. American Association of Retired Persons (AARP), "Home Modification Tips Stress Ease and Safety", AARP Housing Report, août 1987.

7. Anchor Review and Annual Report, "Sheltered Housing for Rent", 1987-1988; "Housing with Care", 1987-1988.

8. Baker P.M., "A survey of the differential need for supportive housing among the elderly in Victoria", document présenté aux réunions de l'Association canadienne de gérontologie à Calgary en 1987.

9. Barrier Free Environments Inc., *Adaptable Housing: A Technical Manual for Implementing Adaptable Dwelling Unit Specifications*. Raleigh, N.C. for the U.S. Dept. of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research, 1987.

10. Beland, F., "Living Arrangements & Preferences Among Elderly People". *The Gerontologist*, vol. 27, nº 6, 1987.

11. Bergstrom, A.M., "Case Management of Frail Elders in Medical Group Practices", *Generations, Case Management*, automne 1988.

12. Bernard, J., *The Future of Marriage*, New York: Bantam, 1973.

13. Bessell, B., "The Housing Needs of Frail Elderly People", in *Residential Care for the Elderly: Present Problems and Future Issues*, H. Laming et coll., Discussion Paper #8, Policy Studies Institute, 1984.

14. Bradley, A., Administrator, Bay Street George Senior Citizens' Home, P.O. 250, Stephenville Crossing, Nfld., spécialiste consulté, 1989.

15. Branch, L.G. and A.M. Jette, "A perspective of long-term care institutionalization among the aged", *American Journal of Public Health*, 72, 1982.

16. Brink, S., *International Experience in Housing the Very Old Policy Implications for Canada*, Calgary, document présenté aux réunions de l'Association canadienne de gérontologie, 1987.

17. Bryanton, O. directeur exécutif, Ambulance St-Jean, Division de l'I.P.E., spécialiste consulté, 1988.

18. Building Standards, "The Smart House", Background information and Technical Update, Vol. 55, No. 2, 1986.

19. Bygning 42, "The Electronic Dwelling in Denmark", Paeregrenen NR., 109-113, 1989.

20. Société canadienne d'hypothèques et de logement, Calculs spéciaux préparés par J. Engeland, Division de la recherche, janvier 1991.

21. Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Les personnes âgées et leur domicile : Un outil d'identification des améliorations souhaitables à réaliser dans leur environnement*, sept. 1988.

22. Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Logement pour les Canadiens âgés : Nouveaux mécanismes financiers et modes d'occupation*, 1988.

23. Capital Regional District, "A Report on the Quick Response Team", A Project operated by the Capital Regional District with funding from the B.C. Ministry of Health, juin 1988.

24. Chagnon, R., "Le groupe multi-services de l'immobilier" Gestion Degimi Inc., 1988.

25. Chappell, N.L., "Who Benefits from Adult Day Care: Changes in Functional Ability and Mental Functioning during Attendance", *Canadian Journal on Aging*, 2:1:9-26, 1983.

26. Chappell, N.L. et Horne, J., "Housing and Supportive Services for Elderly Persons in Manitoba". Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1987.

27. Chappell, N.L., S. Marshall et A. Blandford, *Tenant Resource Co-ordinator Position: An Evaluation*, Winnipeg, Centre on Aging, 1988.

28. Cluff, P., "Maintaining seniors in the community", document présenté au colloque sur le logement parrainé par le Ministère de l'Habitation et l'Office des personnes âgées, Ministère de l'Habitation, 1987.

29. Cohen, M.A., et. al., "The Financial Capacity of the Elderly to Insure for Long Term Care". *The Gerontologist*, Vol. 27, No. 4, 1987.

30. Conseil des affaires et de la famille, 1984.

31. Corbett, R., "Old Futures", *Ottawa Business Life*, oct. 1988.

32. Corke, S., "Vivre près de ses parents et amis--Cette solution se répandra-t-elle ?" document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX"*, parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

33. Conseil sur le vieillisement d'Ottawa-Carleton, *Répertoire des logements et des résidences pour les personnes âgées d'Ottawa-Carleton*, oct. 1988.

34. Conseil sur le vieillissement d'Ottawa-Carleton, *Programmes de garde de jour pour les personnes âgées d'Ottawa-Carleton : Questions clés pour la planification*, juillet 1989.

35. Crocker, J., "Growing Old Gracefully: A Comprehensive Guide to Places and Services that Respect our Elders", *Toronto Life*, mai 1988.

36. Dalton, P., "New Concepts in the Development of Retirement Housing and Services for the Commercial and Voluntary Sectors". Peter Dalton Ltd., 1988.

37. DeJong, J. Gierveld, et. coll., "Old and Lonely?" Compr. Gerontol B.1: 13-17 Munksgaard, Copenhagen, 1987.

38. Denton, M.A., C.K. Davis et B.J. Nussey, *Patterns of Support: the Use of Support Services Among Senior Citizen Public Housing Tenants in Ontario*, Ministère de l'Habitation de l'Ontario, 1986.

39. Denton, M.A. & S. Goldblatt, *Seniors Housing Consumer Study*, étude réalisée pour le Southern Regional Housing Programs Office, Ministère de l'Habitation de l'Ontario, 1988.

40. Department of the Environment, "Your Home in Retirement: Housing Advice for Older People", The Welsh Office, 1988.

41. Department of Housing (Australia), "Home Modification and Renovation Scheme", 1987.

42. Dixon J., Dept. of Human Resources, Senior Services Division Salem, Oregon, spécialiste consulté, 1989.

43. Dobkin, L., "Vieillir chez soi - Cela est encore possible", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

44. Dobkin, L., *The Board and Care System: A Regulatory Jungle*, AARP, Consumer Affairs Program Dept., 1989.

45. Driedger L. & N.L. Chappell, *Aging and Ethnicity : Toward an Interface*, Toronto: Butterworths, 1986.

46. Eisenson, J. "Lonliness in Two North Eastern Cities" in Hartog, J. et al. (Eds.) *The Anatomy of Lonliness*, New York: International Press, 1980.

47. Engberg, E., "New Trends in Housing Policy for the Elderly in the Nordic Countries", The National Federation of Non Profit Housing Associations in Denmark, Papers and Proceedings, Vol. 1, IFHP, International Congress, Malmo, 1986.

48. Fawcett, L., Manager, The Daily Co-Op, Ottawa, spécialiste consulté, 1989.

49. Fellegi, I., "Can we Afford an Aging Society?", *Canadian Economic Observer*, Oct. 1988.

50. Fengler, A.P. & N. Danigellis, *The Shared Home: Evaluation of a Concept and its Implementation*, Final Report to the Andras Foundation, 1984.

51. Ferguson, G. "The New Brunswick Extra-Mural Hospital: Contributing to a Continuum of Care", address to 70th Annual General Meeting of the Saskatchewan Health Care Association, Regina, 1er nov. 1988.

52. Fisk, Malcolm J., *Independence and the Elderly*, Kent: Croom Helm Ltd, 1986.

53. Forbes, W.F., J.A. Jackson and A.S. Kraus, *Institutionalization of the Elderly in Canada*, Toronto, Butterworths, 1987.

54. Fryer, M.L. and F.G. Piercey, "Towards meeting the needs of senior citizens in Prince Edward Island", Department of Health and Social Services, Î.P.É., 1981.

55. Gabriel Housing Corporation, "Project Description" Regina, Saskatchewan, 1989.

56. Gallop Canada Inc., "Garden Suites Demonstration: National Survey", pour la Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1989.

57. Gaudin-Reise, J., "Pilot Survey of Selected Areas of Satisfaction for Residents in Sunset Towers", Univ. of British Columbia, School of Social Work, 1987.

58. Geller, M. ""Sheltered Retirement Housing" Special notes for housing choices for people over 75 years of age". Michael Geller and Associates, 1988, 1989.

59. Geller, M., Presentation To Canadian Home Builders' Association. jan. 1988.

60. Glebe Center Inc., "List of Services", Ottawa, 1989.

61. Gnaedinger, N., *Housing Alzheimers' Disease at Home*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1989.

62. Goldblatt, M., "Co-op Housing and Seniors", in From the Rooftops. *Co-operative Housing Foundation of Canada*, Vol.15, No.3, oct. 1988.

63. Goldblatt, S., "An Overview of Home Sharing and Group Living Arrangements", colloque de l'Association canadienne de gérontologie, Ville de Québec, nov. 1986.

64. Goldblatt, S., Special Study Notes "Housing Choices for People Over 75", 1988.

65. Graham, G., Executive Director, New Brunswick Housing Corporation, spécialiste consulté, 1988.

66. Grayson, P.J., ""Life Care: A Long Term Solution". *Trends in Other Countries:* Applying Innovative Technologies to Create Enabling Environments". The Harvard University. Farnsworth Trust Symposium, 6 au 9 mars, 1988.

67. Grundy, E. and T. Arie, "Institutionalization and the elderly: international comparisons", Age and Aging, 13: 129-37, 1984.

68. Gutman, G., "The elderly at home and in retirement housing", in V. Marshall, *Aging in Canada: Social Perspectives:* Don Mills: Fitzhenry & Whiteside, 1980.

69. Gutman, G., and Blackie, N.K., editors, *Aging in Place: Housing Adaptions and Options for Remaining in the Community*, Burnaby: Gerontology Research Centre, Simon Fraser University, 1986.

70. Gutman, G., Milstein, S., and Doyle, Veronica, "Attitudes of Seniors to Special Retirement Housing Life Tenancy Arrangements and Other Housing Options", SCHL, 1987.

71. Gutman G. "The Multi-Level, Multi-Service Model" in *Housing the Very Old*, Gutman G. & N. Blackie (Eds.) Simon Fraser University, Gerontology Research Centre, 1989.

72. Hare, P.H., "Accessory Apartment and Econo Units". Published by the Council of State Housing Agencies and the National Association of State Units on Aging, 1987.

73. Hare, P.H. "Vivre près de ses parents et amis -- Cette solution se répandra-t-elle ?" document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX"*, parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

74. Havens, B., Provincial Gerontologist, Manitoba Dept. of Health, Material supplied for "Housing the 75+ Study", 1988.

75. Santé et Bien-être social Canada, *The Health of Canadians: Report of the Canada Health Survey*, Ministre d'Approvisionnements et Services Canada, 1981.

76. Heumann, L. and L. Boldy, *Housing for the Elderly*, London: Croom Helen, 1982.

77. Heumann, L.F., "Assisting the Frail Elderly Living in Subsidized Housing for the Independent Elderly: A Profile of the Management and its Support Priorities", *The Gerontologist*, Vol. 28, 5 nov. 1988.

78. Hirdes, (et al.), "The Association Between Self-Reported Income and Perceived Health Based on the Ontario Longitudinal Study of Aging", *Canadian Journal on Aging*, Vol. 5, No. 3, 1986.

79. Hodge, G. & G. Gutman, *Housing Needs of the Elderly in Rural Areas*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, à paraître, 1989.

80. House, J.S., K.R. Landis and D. Umberson, "Social Relationships and Health", *Science*, Vol.241, jullet 1988.

81. Hughes, S.L. & W.G. Weissert, "Living at Home: Variations on a Case Management Theme", *Generations*, Case Management, automne 1988.

82. Hunt, M.E. & G.G. Hunt, "Naturally Occurring Retirement Communities" *Journal of Housing for the Elderly*, Vol. 3(3\4) automne-hiver 1985.

83. Jackson, J.W. et W.F. Forbes, "A Survey of the Elderly in the Waterloo Region", Waterloo Region Social Services Council, 1986.

84. Jaffe, D.J. and E. Howe, "Agency - Assisted Shared Housing: The Nature of Programs and Marches". The Gerontologist, Vol. 28, No. 3, 1987.

85. Jaffe, D. J. and E. Howe, "Case Management for Home Sharing", forthcoming in *Journal of Gerontological Social Work*, 1989.

86. Kane R. (Ed.) "Case Management: Introduction", Generations, Case Management, automne 1988.

87. Kane, R. and R. Kane, *A Will and a Way: What the United States Can Learn from Canada About Caring for the Elderly*, New York: Columbia University Press, 1985.

88. Kraus, A.S., "Elderly applicants to long-term care institutions: their characteristics, health problems, and state of mind", *Journal of the American Geriatrics Society*, 24 (3), 1976.

89. Kushnir, W., Living in the Community: *New Directions in Residential Services for Frail Elderly People*, Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, 1989.

90. Kushnir, W., spécialiste consulté, oct. 1989.

91. Lang-Rutz, H., "From Granny Flat to Retirement Community: The Choice is There", *Canadian Housing*, Vol. 5, No. 3, automne 1988.

92. Large, M.J., "Services for the elderly", *Ontario Medical Review*, 1981.

93. Larson, R., "Thirty Years of Research on the Subjective Well Being of Older Americans", *Journal of Gerontology*, 1978:33:109-25.

94. Laventhol and Horwath, "The Retirement Housing Industry in the Region of Montreal", 1987.

95. Lawrence, F. and P.J. Volland, "The Community Care Program: Description and Administration", *Adult Foster Care Journal*, Vol.2 (1), printemps 1988.

96. Lawton, M.P. and Bader, J., "Wish for privacy by young and old", *Journal of Gerontology*, 25, 48-54, 1970.

97. Lawton, M.P. Alternative housing. *Journal of Gerontological Social Work*, 3, 61-80, 1981.

98. Lawton, M.P., "Milieux favorisant le style de vie privilégié", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX"*, parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

99. Le Devoir, "Le Royal Victoria offre aux personnes âgées un médaillon qui sauve des vies", lundi 25 avril 1988.

100. Lindsay, C. et Donald, S., "Revenu des personnes âgées au Canada", dans Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, automne, 1988.

101. Mace, R., "Facteurs de conception pour les besoins changeants – Les leçons du passé", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX"*, parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

102. Macfadyen, D.M., "Conséquences d'une population variée et changeante", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

103. Mahans, R.W., et coll., "Retirement Communities: Present and Future", Housing for a Maturing Population, The Urban Land Institute, 1984.

104. Marshall, V.W., *Aging in Canada: Social Perspectives*, Markham, Fitzhenry & Whiteside, 1987.

105. Marshall, V.W., "The Health of Very Old People as a Concern of Their Children" in *Aging in Canada: Social Perspectives*, 2nd ed., Toronto: Fitzhenry & Whiteside, 1987.

106. Marshall, V.W., Rosenthal, C. and Synge, J., "Concerns About Parental Health" in E. Markson, ed. *Older Women*, Lexington and Toronto: D.C. Health. 1983.

107. Matthews, A. Martin, "Widowhood as an Expectable Life Event", in Victor Marshall, *Aging in Canada*, 2nd edition, Fitzhenry and Whiteside, 1987.

108. Matthews, A. Martin, "Services en contexte rural – Problèmes particuliers", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

109. Matthews, Georges, *Le vieillissement de la population: problématique générale et impact sur le marché de l'habitation*, Colloque "Vieillir autonome parmi les siens", 22p, 12 janvier 1988.

110. McConnell, S.R. and Usher, C.E., *Intergenerational house-sharing*. Los Angeles: University of Southern California, Andrus Gerontology Center, 1979.

111. Merrill C.D. and C.K. Norris, "Perceptions of Competencies Needed by Older Canadians for Independent Living", *Home Economics Research J.*, 155(2), 1986.

112. Metropolitan Toronto District Health Council, *Housing and the Health of the Elderly*, chairman: C. Schwenger, Toronto, 1988.

113. Metropolitan Toronto District Health Council, *Technology for the Elderly, March 1988.*

114. Ministry For Planning and Environment (Australia) "Retirement Villages: An Interim Planning Guide" 1987.

115. Murray, C.C., et. al., *Supportive Housing for Seniors: The Elements and Issues for a Canadian Model*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1989.

116. National Advisory Council on Aging, *Guidelines for Development and Design*, National Council, Ottawa, 1987.

117. National Advisory Council on Aging, "Understanding Seniors' Independence: The Barriers and Suggestions for Action", mai 1989.

118. National Federation of Housing Associations, "Developments in Housing for Older People", Great Britain, 1985.

119. Obrien, M. Chair, Gerontology Dept., Université Mount Saint Vincent, Halifax, N.-É., spécialiste consulté, 1989.

120. Oktay, J.S., *Community Care for the Frail Elderly*, New York: Human Sciences Press Inc., 1988.

121. Oktay, J.S. and H.A. Palley, "The Frail Elderly and the Promise of Foster Care" *Adult Foster Care Journal*, Vol. 2 (1), printemps 1988.

122. Ontario Advisory Council for Senior Citizens' Affairs, and the Ontario Advisory Council for Disabled Persons, "The Freedom to Move is Life Itself", a report of transportation in Ontario, 1987.

123. Ontario Housing Corporation, Management Operations and Review Section, Annual Tenant Satisfaction Survey Results, 1987.

124. Ministère de l'Habitation de l'Ontario, "Social Assessment Component of the Portable Living Units for Seniors Demonstration Project" prepared by the DPA Group, 1987.

125. O'Reilly, J.L., "Accustomed to Our Place". Facts Affecting Seniors in Toronto: A service of the Toronto Mayor's Committee on Aging. Special Housing, Issue Fifteen, 1987.

126. Paris, H., *The Corporate Response to Workers with Family Responsibilities*, Le Conference Board du Canada, Report 43-89, 1989.

127. Pastalon, L.A., "Designing Housing Environments for the Elderly". *Journal of Architectural Education*, Vol. 31, No. 1, sept. 1977.

128. Peddie, R., "Innovations facilitées – Suppression des entraves", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

129. Peebles, S., "Cohabitation – Possibilités de soutien mutuel", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

130. Piktialis, D.S., "The Elder Care Referral Service", *Generations*, Case Management, automne 1988.

131. Planning Collaborative Inc., *Accommodation Options for Elderly Canadians*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1989.

132. Priest, G., "Conséquences d'une population variée et changeante", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

133. Radford, A.J., "Some issues in the use, perceptions and constraints of choice of accommodation options for the elderly", *Australian Journal of Aging*, Vol. 2, No. 4, 1983.

134. Rapelje, D., "Services à inclure au logement – Pour compléter les services de la collectivité", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

135. Raper, A. T., *National Continuing Care Directory*, published by AARP, Washington, D.C., 1984.

136. Regional Municipality of Hamilton Wentworth and the Hamilton Wentworth District Health Council, *Mapping the Way to the Future for the Elderly: Report of Findings and Recommendations*, Services for Seniors Study, 1988.

137. Robert Wood Johnson Foundation, "Interfaith Volunteer Care givers", A Special Report, No. 1, 1989.

138. Robertson, B., "Description of Valette (Toilet Design Aids)" B.S. Robertson Research & Development Inc., Scarborough, Ontario, 1989.

139. Rolland, K., "Life Care at Home Plan Begins Enrolling Members", AARP Housing Report, Consumer Affairs, Housing Department, June/July 1988.

140. Romank, L., "Ownership Retirement Housing Projects in Alberta". Alberta Municipal Affairs, 1988.

141. Romank, L., "Review of Ownership Retirement Housing Projects in Red Deer Alberta", Alberta Municipal Affairs, 1988.

142. Rose, A.R. and J.G. MacDonald, *Support Systems for the Autonomous Elderly in Ontario*, Toronto, Université de Toronto, 1984.

143. Salmon, C., "Abbeyfield Extra Care: for those Elderly who Cannot Look After Themselves": A manual on the Planning and Design of Extra Care Houses, published by The Abbeyfield Society, 1982.

144. Sanford, B., *Co-Operative Housing as a New Lifestyle Option For Seniors*, Société canadienne d'hypothèques et de logement, 1989.

145. Schwenger, C.W. and M.J. Gross, "Institutional care and institutionalization of the elderly in Canada", in V. Marshall, *Aging in Canada: Social Perspectives:* Don Mills, Fitzhenry & Whiteside, 1980.

146. Secrétariat d'État, "Aging in a Multi Cultural Canada: A Graphic Overview", Direction des politiques, de l'analyse et de la recherche, Multiculturalisme, 1988.

147. Shapiro, E. and Tate, B., "Who is Really at Risk of Institutionalization?" *The Gerontologist*, Vol. 28, No.2, 1988.

148. Shapiro, E. and R. Tate, "Predictors of long-term care facility use among the elderly", *Canadian Journal on Aging*, 4 (1), 1985.

149. Smart House Development Venture Inc., "Description of Smart House Specifications", Upper Marlborough, MD. U.S.A., 1989.

150. Statistique Canada, nº de cat. 93-105, mars 1989.

151. Statistique Canada, "Enquête sur le revenu, l'avoir et la dette", mai 1989.

152. Satistique Canada, "Section des projections démographiques", sept. 1989.

153. Stolee, P. et. al., "Saskatchewan Health Status Survey of the Elderly: Report II The Elderly in the Community Final Report", Saskatchewan division of Geriatric Medicine, Université de la Saskatchewan, 1982.

154. Streib, G., "Cohabitation – Possibilités de soutien mutuel", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX"*, parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

155. Sundstrom, G., *Old Age Care in Sweden: Yesterday, Today and Tomorrow*, The Swedish Institute, 1987.

156. Sweeney, The Honourable J., *Long Term Care for the Elderly and People with Physical Disabilities*, Statement to the Ontario Legislature, 7 juin 1989.

157. Sylvestor, C. and F. Sheppard, "Health and Social Services in the Community Care Program", *Adult Foster Care Journal*, Vol. 2 (1), printemps 1988.

158. Tarcher, J.P., *Age Wave*, Los Angeles: St. Martins Press, 1989.

159. Taylor, H., *Growing Old Together: Elderly Owner-Occupiers and Their Housing*, London Centre for Policy on Aging, 1987.

160. Technological Innovations for an Aging Population. A National Conference, Orlando Florida, 30 jan. au 1er fév. 1989.

161. Tell, E.J., et. al., "Assessing the Elderly's Preferences for Life Care and Retirement Options", *The Gerontologist*, Vol. 27, No. 4, 1987.

162. Théroux, J., directeur des services aux résidants, Foyer Notre-Dame Inc., Notre-Dame de Lourdes, Manitoba, spécialiste consulté, 1989.

163. Tilguin, C. et coll., "The physical, emotional, and social condition of an aged population in Quebec" in V. Marshall, *Aging in Canada: Social Perspectives*, Toronto, Fitzhenry & Whiteside, 1980.

164. Tinker, A., "Scène internationale : Royaume-Uni", document présenté à la conférence "Logement pour les Canadiens âgés : *LES CHOIX*", parrainée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, Halifax, N.-É., du 17 au 20 oct., 1988.

165. Tinker, A., Additional material provided as part of the external review of the Housing the 75+ Report, 1989.

166. Ujimoto, V. "The Ethnic Dimension of Aging in Canada" in Marshall, V. (ed), *Aging in Canada: A Social Perspective*, Toronto: Fitzhenry & Whiteside, 1987.

167. Nations-Unies, *Housing, Environment and the Aging*, Report of the Secretary General for the World Assembly on Aging, A/Con. 113/13:6, 28 april 1982.

168. Weal, F. and F. Weal, *Housing for the Elderly: Options and Design*, New York: Nichols Publishing, 1988.

169. Williams, G. and Green, S., "Sheltered Housing for Sale: An Overview of Research Findings". Department of Town and Country Planning, Université de Manchester, 1988.

170. Wilner, M.A., "Refining the Assisted Living Model to Include Persons with Limited Incomes and Smaller Resident Populations", Milestone Management Inc., Portland, Oregon, 1988.

171. Wilson, K.B., President, Concepts in Community Living, Portland, Oregon, spécialiste consulté, mai 1989.

172. Wirz, et coll., *Sheltered Housing in Scotland*, Dept. of Social Administration, Edinborough Univ. Scottish Office, Central Research Unit, 1982.

173. Wolf, G.P. and Klein, M.D., et. al., "A Hot-Line Emergency Service for the Ambulatory Frail Elderly", The Gerontological Society of America, Vol. 27, No. 4, 1987.

174. Wright, A., Director of Communications, Ottawa-Carleton Regional Health Dept., spécialiste consulté, 1989.

ANNEXE A - 2

LISTE DES SPÉCIALISTES CONSULTÉS

LISTE DES SPÉCIALISTES CONSULTÉS

COLOMBIE-BRITANNIQUE

BCHMC
Enid J. Buchanan
Director, Social Housing
4330 Kingsway
Burnaby, B.C. V5H 4G7
(604) 433-1711

BCHMC
Donna McCririck
Policy and Planning Analyst
Social Housing
Suite 1701, 4330 Kingsway
Burnaby, B.C. V5H 4G7
(604) 433-1711

BCHMC
Richard Staeli, Director
Development & Technical Services
Suite 1701, 4330 Kingsway
Burnaby B.C. V5H 4G7
(604) 433-1711
Fax: (604) 433-3295

B.C. Pricare
Ed Helfrich
Executive Director
206 - 4255 Arbutus Street
Vancouver, B.C. V6J 4R1
(604) 873-4422

Canadian Retirement Corporation
Jim Patrick
President
100 - 5611 Cooney Road
Richmond, B.C.
(604) 278-4559
Fax: (604) 278-4277

Canadian Seniors Housing Corporation
Ted Swanton
President
C/O Somerset House
540 Dallas Road
Victoria, B.C. V8V 1B2

Canbrit
Jack Clerkson
#3 - 1151 West 8th Avenue
Vancouver, B.C. V6H 1C5
(604) 736-8304
Fax: (604) 736-5945

Central Park Lodge
Mrs. Teddy Passut
Manager, Windermere Lodge
900 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V5Z 1N3
(604) 736-8676

City of North Vancouver
Jill Davidson
Social Planner
141 West 14th Street
North Vancouver, B.C. V7M 1H9
(604) 985-7761

City of North Vancouver
Mavis Stanfield
Administrator, Long Term Care
141 West 14th Street
North Vancouver, B.C. V7M 1H9

City of Vancouver
Sandra Frizzell
Assistant Administrator, Long Term Care
453 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V5Y 1V4

City of Vancouver
Michael Sorokin
Administrator, Long Term Care
453 West 12th Avenue
Vancouver, B.C. V5Y 1V4

Graham F. Crockhart
Architect
#318 Esplanade Centre
260 West Esplanade
North Vancouver, B.C. V7M 3G7
(604) 980-7517
Fax: (604) 980-2493

Crofton Manor
Mary Blaze, R.N.
Director of Care
2803 West 41st Avenue
Vancouver, B.C. V6N 4B4
(604) 263-0921

Davidson Yuen Architects
Ron Yuen
Architect
509 Richards
Vancouver, B.C. V6B 2Z6
(604) 669-7710

District of Burnaby
John Talbot
LTC Administrator
4949 Canada Way
Burnaby, B.C. V5G 1M2
(604) 294-7492

The Fairhaven
Maureen Harrison
Administrator
2720 East 48th Avenue
Vancouver, B.C. V5S 1G7
(604) 433-2939

Fraserview Intermediate Care
Lodge Co. Ltd.
Donna Robertson
Assistant Administrator
9580 Williams
Richmond, B.C. V7A 1H2
(604) 274-3510

GVRD
Hugh Kellas
Administrator, Policy Development
Development Services
4330 Kingsway
Burnaby, B.C. V5H 4G8
(604) 432-6350

GVRD
Sandra M. Morris
Hospital Planner
4330 Kingsway
Burnaby, B.C. V5H 4G8
(604) 432-6403

Hancock, Nicolson Architects Inc.
Donald J. Nicolson, Architect
402 - 134 Abbott Street
Vancouver, B.C. V6B 2K4
(604) 681-3238

The Hulbert Group
Brian Palmquist
Architect
2429 Marine Drive
West Vancouver, B.C. V7V 1L3
(604) 926-7808

Inglewood Private Hospital
Lodge & Manor
Mary Bailey
Assistant Administrator
725 Inglewood Avenue
West Vancouver, B.C. V7T 1X5
(604) 922-9394

Intercare
Dave Howard
Chairman
305 - 1770 West 7th Avenue
Vancouver, B.C. V6J 4Y6
(604) 736-8557

Intercare
Joe Redmond
President
305 - 1770 West 7th Avenue
Vancouver, B.C. V6J 4Y6
(604) 732-4760

Isaac-Renton Architects
Bob Isaac-Renton
Architect
201 - 1226 Homer Street
Vancouver, B.C. V6B 2Y5
(604) 682-1344
Fax: (604) 688-7136

L.D. Laidlaw Architecture
Larry Laidlaw
Architect
3321 Dunbar Street
Vancouver, B.C. V6S 2B9
(604) 222-2900

Laing Properties
Alec Caruth
Vice-President, Development
1860 - 200 Granville Street
Vancouver, B.C. V6C 1S4
(604) 688-3611

London Life Insurance Co.
Michael Smith
Regional Manager
940 - 1200 West 73rd Avenue
Vancouver, B.C. V6P 3E5
(604) 261-3194

MacLaren PlanSearch Corp.
Patricia Baldwin
Director Planning
1140 West Pender
Vancouver, B.C. V6E 4G1
(604) 684-3216

Ministry of Health
Lorraine Johnston
Acting Administrator
Long Term Care Program
Simon Fraser Health Unit
644 Poirier
Coquitlam, B.C.
(604) 939-9261

Ministry of Health
Walter McLean
Director of Facilities Planning
1515 Blanshard Street
Victoria, B.C. V8W 3C8
(604) 387-2800

Ministry of Health
Lorna Rae
Administrator, Long Term Care Program
Boundary Health Unit
11245 84th Avenue
Delta, B.C. V4C 2L9
(604) 591-6589

The New Vista Society
Denny Beaudin
Administrator
7550 Rosewood Street
Burnaby, B.C. V5E 3Z3
(604) 521-7764

The New Vista Society
Lorna Willis
Assistant Administrator
Care Home Services
7550 Rosewood Street
Burnaby, B.C. V5E 3Z3
(604) 521-7764

Oliver Retirement Village
June Phillips
Owner/Manager
P.O. Box 785
Oliver, B.C. V0H 1T0

Peace Portal Lodge
Doreen Lawson
Administrator
15441 - 16th Avenue
White Rock, B.C. V4A 8T8
(604) 535-2273

Peace Portal Lodge
Judy Reefschlager
Owner/Operator
15441 - 16th Avenue
White Rock, B.C. V4A 8T8
(604) 535-2273

Richmond Lions Manor
Judy Bonn
Administrator
11771 Fentiman Place
Richmond, B.C. V7E 3M4
(604) 274-6311

Rideau Manor
Yvonne Cunningham
Administrator
1850 Rosser Avenue
Burnaby, B.C. V5C 5E1
(604) 291-1792

Seton Villa Retirement Centre
Donna Kerr
Administrator
3755 McGill Street
Burnaby, B.C. V5C 1M2
(604) 291-0607

Simon Fraser University
Dr. Gloria Gutman
Gerontology Centre
Burnaby Mountain
Burnaby, B.C.
(604) 291-3555

South Granville Park Lodge
Mary Hann
Director of Nursing
1645 West 14th Avenue
Vancouver, B.C. V6J 2J4
(604) 732-8633

Stevenson, Kellogg, Ernst, Whinney
Myrna J. Hall
Principal
Health Care & Social Services
707 Fort Street, 5th Floor
Victoria, B.C. V8W 3G3
(604) 388-6445

Stevenson, Kellogg, Ernst, Whinney
Jeremy Tate
505 - 707 Fort Street
Victoria, B.C. V8W 3G3
(604) 388-6445

Strategics
Frank Schliewinsky
201 - 402 West Pender Street
Vancouver, B.C. V6B 1T6
(604) 682-2564

Township of Richmond
Carolyn Morrison
Social and Community Planner
6911 No. 3 Road
Richmond, B.C. V6Y 2C1
(604) 276-4000

Township of Richmond Health Department
Bev Latrace
Director, Continuing Care Division
300 - 8120 Granville Avenue
Richmond, B.C. V6Y 1P3
(604) 278-3361

Trinity Lodge
Mrs. J.V. Julian
Manager
2125 Eddington Drive
Vancouver, B.C. V6L 3A9
(604) 736-8936

Urban Pacific Financial Corp.
David Baxter
Suite 1340, 885 West Georgia Street
Vancouver, B.C. V6C 3E8
(604) 688-3452

Waisman Dewar Grout Carter
Al Waisman
Architect
300 - 1775 Anderson Street
Vancouver, B.C. V6H 3Y4
(604) 737-7000
Fax: (604) 737-7947

ALBERTA

Alberta Senior Citizens' Secretariat
Wandra Cree
Program Coordinator
Seventh Street Plaza, 10030 - 107 Street
Edmonton, Alta. T5J 3E4
(403) 427-6437

Alberta Senior Citizens' Secretariat
Mary Engelmann
Director
Seventh Street Plaza, 10030 - 107 Street
Edmonton, Alta. T5J 3E4
(403) 427-6437

Canterbury Lodge
Tom Adams
Director of the Board
13017 - 104 Avenue
Edmonton, Alta. T5N 0V9

The City of Edmonton Social Services
Maria David-Evans
Manager Operations
5th Floor, Centennial Library
7 Sir Winston Churchill Square
Edmonton, Alta. T5J 2V4
(403) 428-5938

The City of Edmonton Social Services
Daryl Kreuzer
Housing Planner
5th Floor, Centennial Library
7 Sir Winston Churchill Square
Edmonton, Alta. T5J 2V4
(403) 428-4274

Edmonton Board of Health
Mary C. McCage
Director, Edmonton Home Care Program
10216 - 124 Street, Suite 500
Edmonton, Alta. T5N 4A3
work: (403) 482-1965 home: (403) 486-7226

Edmonton Board of Health
Diane Spillett, R.N. B.Sc.N.
Seniors Health Nursing Consultant
10216 -124 Street, Suite 500
Edmonton, Alta. T5N 4A3
(403) 482-1965

Knox Met Manor
Alberta Housing Seniors Residence
Alastair Fowler
Manager
10941 - 83 Avenue
Edmonton, Alta. T6G 0T6
(403) 433-8135

Montgomery Legion Place
Mrs. E. Elaine Dyck
Manager
9420 - 92 Street
Edmonton, Alta. T6C 4M9
(403) 465-1624

Sintra Marketing Research
Lorraine Romank
13016 - 104 Avenue
Edmonton, Alta. T5N 0V8
(403) 452-8951

The Society for the Retired and
Semi-Retired
Hazel Christenson
Co-ordinator of Senior Citizens'
Housing Registry
10004 - 105 Street
Edmonton, Alta. T5J 1C3
(403) 423-5510

The Handicapped Housing
Society of Alberta
Otto G. Gittens
Building Manager
Sir Douglas Bader Towers
11110 - 86 Avenue
Edmonton, Alta. T6G 2P2
(403) 463-5001

Ministry of Municipal Affairs
Linden Holman
Housing Division
9925 - 107 th Street
Edmonton, Alta. T5K 2H9
(403) 427-8150

Mortgage and Housing Corporation
Dawn Young
Property Manager
Edmonton District Office
8657 - 51 Avenue
Edmonton, Alta. T6E 6A8
(403) 468-0700

The Society for the Retired and
Semi-Retired
Diane Bateman
Co-ordinator Retirement Registry
10004 - 105 Street
Edmonton, Alta. T5J 1C3
(403) 423-5510

MANITOBA

Health Office of Continuing Care
Eckhard Goerz, M.S.W.
Program Specialist
831 Portage Avenue, 4th Floor
Winnipeg, Man. R3G 0N6
(204) 945-6745

Health Provincial Gerontologist
Beverly Kyle
Support Services Coordinator
175 Hargrave, 7th Floor
Winnipeg, Man. R3C 3R8
(204) 945-8731

Lions Club of Winnipeg Housing Projects
Mary Jane McIntyre, R.S.W.
Manager Programs and Services
Lions Place
610 Portage Avenue
Winnipeg, Man. R3C 0G5
(204) 775-8415

Main St. Senior Centre
Maria Rogers
817 Main St.
Winnipeg, Man. R2W 5L2
(204) 942-7486

Manitoba Health Services Commission
Long Term Care Programs
Facilities Division
Linda Bakken
Special Programs Consultant
P.O. Box 925
599 Empress Street
Winnipeg, Man. R3C 2T6
(204) 786-7177

Sam Inc.
Pat Malone
Management
425 Elgin Avenue
Winnipeg, Man. R3A 1P2
(204) 942-0991

Selkirk Avenue Senior Centre
Maria Rogers
472 Selkirk Ave.
Winnipeg, Man. R2W 2M7
(204) 582-2329

Strategic Planning Branch
Jim Zamprelli
Manager, Planning Div., Main Housing
287 Broadway Ave.
Winnipeg, Man. R3C 0R9
(204) 945-4748

The Winnipeg Regional Housing Authority
Garry Charles
General Manager
410 352 Donald Street
Winnipeg, Man. R3B 2H8
(204) 943-0861

ONTARIO

Barrier Free Design Centre (Toronto)
Anne Adams
Executive Director
2075 Bayview Ave.
Toronto, Ont. M4N 3M5
(416) 480-6000

Société canadienne d'hypothèques et de logement
Luis Rodriguez
Préposé à la recherche
Conception de maisons
Bureau national
700, chemin de Montréal
Ottawa, Ont. K1A 0P7
(613) 748-2339

Community and Social Services
London Area Office
Lynda Girard
Program Supervisor
495 Richmond St., 6th Floor
London, Ont. N6A 5A9
(519) 438-5111

First Place (Hamilton)
Joy Brooks
Program Coordinator
350 King St. E., 3rd Floor
Hamilton, Ont. L8N 3Y3
(416) 529-8138

Ministère des services sociaux et communautaires, Barrie Area Office
Margaret Ainsworth Evans
Program Supervisor
713 Davis Dr., Suite 201
Newmarket, Ont. L3Y 2R3
(416) 895-1800

Ministère des services sociaux et communautaires
Elderly Services Branch
Residential Services
Walter Kushnir
Senior Policy Advisor
700 Bay St., 9th Floor
Toronto, Ont. M5G 1Z6
(416) 965-1411

Ministère des services sociaux et communautaires
Elderly Services Branch
Residential Services
Geoffrey Quirt
Manager
700 Bay St., 9th Floor
Toronto, Ont. M5G 1Z6
(416) 965-1411

Ministère de l'Habitation : Peterborough Area Office
Allen Cavell
Program Supervisor (Seniors)
60 Hunter St. E.
Peterborough, Ont. K9H 1G5
(705) 743-1624

Ministère de l'Habitation (Toronto)
Terry Fagan
International Year of
the Homeless Secretariat
Co-Provincial Coordinator
777 Bay St., 2nd Floor
Toronto, Ont. M5G 2E5
(416) 585-7504

Ministère de l'Habitation
Housing Supply Branch
George Hough
Policy Advisor
777 Bay St., 2nd Floor
Toronto, Ont. M5G 2E5
(416) 585-6361

Ministry of Housing (Toronto)
Peter Lepik
Social Policy and Research Section
Social Housing Programs Branch
777 Bay St., 2nd Floor
Toronto, Ont. M5G 2E5
(416) 585-6077

Bureau des personnes âgées
Policy, Program Development and
Strategic Planning
Allen McLaughlin
Project Leader
76 College St., 6th Floor
Toronto, Ont. M7A 1N3
(416) 965-0271

Ontario Advisory Council on Senior
Citizens
Mary Tate
Executive Office
700 Bay St., suite 203
Toronto, Ont. M7A 1N3
(416) 965-2324

Ontario Association of Non-profit
Homes (Woodbridge)
Nicholas Dick
Housing Consultant
7 Director Ct.
Woodbridge, Ont. L4L 4S5
(416) 851-8821

Regional Municipality of
Hamilton-Wentworth
Peter Papp, Director
Services for the Elderly
119 King St. W., 13th Floor
Hamilton, Ont. L8N 3V9
(416) 526-4858

Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
Planning Department
Carol Christensen
Manager Urban Policy
Policy and Program Division
222 Queen Street
Ottawa, Ont. K1P 5Z3
(613) 560-2053

Retirement Resource Group
Robert Hart
25 Overlea Blvd.
Toronto, Ont. M4H 1B1

Retirement Resource Group (Toronto)
Barry McCorquodale
Managing Director
260 King St. E., #511
Toronto, Ont. M5A 1K3
(416) 424-1547

Victorian Order of Nurses
Molley Anderson
Director
414 Victoria Ave. N.
Hamilton, Ont. L8L 5G8
(416) 529-0700

QUÉBEC

Association des offices municipaux
d'habitation du Québec
a/s Claude Poulin
2095, boul. Charest ouest, suite 207
Sainte-Foy, Qc G1N 4L8
(418) 683-9010

Centre de coordination de la santé
communautaire
a/s Michel Bissonnette
505, boul de Maisonneure ouest, suite 400
Montréal, Qc H3A 3C2
(514) 842-4861

Chambre de commerce de Montréal
Comité de l'habitation
772, rue Sherbrooke ouest
Montréal, Qc H2X 1G1
(514) 288-9090

Conseil de la santé et des services sociaux
de la région de Montréal métropolitain
Services d'hebergement et
de soins prolongés
a/s Colette Tracyk et
Andrée Demers-Allen
3725, rue St-Denis
Montréal, Qc H2X 3L9
(514) 286-5636

Département de santé communautaire
Hôpital général de Montréal
a/s Danielle Maitais
2100, rue Guy, suite 204
Montréal, Qc H3H 2M8
(514) 933-6704

Fédération des Centre local de services
communautaires
a/s Mirielle LeMasson
Services à domicile
550, rue Sherbrooke ouest
Montréal, Qc
(514) 842-5141

Habitation populaire Desjardins
de Montréal et de l'Ouest-du-Québec
a/s René Trudel
1259, rue Berri, suite 300
Montréal, Qc H2L 4C7
(514) 281-8717

Office municipal d'habitation de Montréal
a/s Normand Dâoust
155, rue Notre-Dâme est
Montréal, Qc H2Y 3R4
(514) 872-2103

Service d'habitation et développement urbain
a/s Serge Carreau et Martin Wexler
150, rue St-Paul est
Montréal, Qc
(514) 872-3882

Société d'habitation du Québec
Direction Analyse et Recherche
a/s Georges Robert et François Renaud
2, Pl. Desjardins C.P. 456
Tour est, suite 2210
Montréal, Qc H5B 1B5
(514) 873-3731

Société d'habitation et de développement de Montréal
a/s Robert Dohen
1055, boul. René Lévesque est, 8e étage
Montréal, H2S 4S5
(514) 872-2040

TERRE-NEUVE

Newfoundland and Labrador Housing Corporation
Colleen Handrahan
Corporate Planning
2 Canada Drive
St. John's, Nfld. A1E 4G9
(709) 745-0259

Evelyn Neil House
Associate Executive Director of Nursing Homes
Beclin Building
P.O. Box 8234
St. John's, Nfld. A1B 3N4
(709) 364-7701

Memorial University of Newfoundland
Dr. Michael J. Stones
Director of Gerontology Centre
St. John's, Nfld. A1B 3X9
(709) 737-7678

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Société canadienne d'hypothèques et de logement
John Dawes
134 Kent Street
Charlottetown, P.E.I.
(902) 566-7336

Société canadienne de la Croix Rouge
Jerry Birt
Co-ordinator of Health and Community Services
P.E.I. Division
62 Prince Street
Charlottetown, P.E.I.
(902) 894-8551

Department of Health and Social Services
Verna Bruce
Co-ordinator Home Care and Support
Eric Found Centre
Charlottetown, P.E.I.
(902) 368-4720

Anciens combattants Canada
Duncan Conrad
Chief
Health Programs Development
134 Kent Street
Confederation Court Tower
Charlottetown, P.E.I.
(902) 566-8677

Ambulance St-Jean
Olive Bryanton
Executive Director
P.E.I. Division
57 Queen Street
Charlottetown, P.E.I.
(902) 368-1235

Department of Health and Social Services
Gordon McKay
Director Unit on Aging
Sullivan Building
Charlottetown, P.E.I.
(902) 368-4980

New Horizons
Sandra Gaudit
P.E.I. Field Representative
Seniors Independence Program
Federal Health and Welfare
Water Street
Charlottetown, P.E.I.
(902) 566-7857

Seniors Federation of
Prince Edward Island
Donald MacKinnon
Executive Director
25 Lapthorne Avenue
Charlottetown, P.E.I.
(902) 894-8702

NOUVEAU-BRUNSWICK

New Brunswick Housing Corporation
Glen Graham, Executive Director
P.O. Box 611
Fredericton, New Brunswick E3B 5B2
(506) 453-7755

New Brunswick Department of Health
and Community Services
Ron Crawford, Director
Nursing Home Services
110 Carleton Street
Fredericton, New Brunswick E3B 5G8

NOUVELLE-ÉCOSSE

Camp Hill Hospital
1763 Robie St.
Halifax, Nova Scotia B3H 3G2
(902) 423-1371

Clayton Developments
Bob Shaw, President
P.O. Box 2698
Dartmouth, Nova Scotia B2W 4R4
(902) 434-2330

Canadian Pensioner's Concerned
Tower 1, Suite 103
7001 Mumford Road
Halifax, Nova Scotia B3L 4N9
(902) 455-7684

Federation Senior Citizen and Pensioners
16 D'Aubin Lane
Kentville, Nova Scotia B0A 1V0
(902) 678-2071

Gerontology Association of Nova Scotia
P.O. Box 1312
Wolfville, Nova Scotia B0P 1Z0
(902) 542-9327

Nova Scotia Association of Homes for the Aged
33 Ochterloney Street, Suite 160
Dartmouth, Nova Scotia B2Y 4P5
(902) 469-1730

Nova Scotia Department of Community Services
P.O. Box 696
Halifax, Nova Scotia B3J 2T7
(902) 424-4277

Nova Scotia Department of Housing
P.O. Box 815
Dartmouth, Nova Scotia B2Y 3Z3
(902) 424-6747

Nova Scotia Senior Citizens' Secretariat
Dr. Fred R. MacKinnon, Director
P.O. Box 2065
Halifax, Nova Scotia B3J 2Z1
(902) 424-6322

Nova Scotia Senior Citizens' Secretariat
Valerie White
P.O. Box 2065
Halifax, Nova Scotia B3J 2Z1
(902) 424-6322

William Nycum & Associated Limited
William Nycum, President
6254 Almon Street
Halifax, Nova Scotia B3L 3G3
(902) 454-8617

Royal Canadian Legion of Nova Scotia
Jerry Holland, Director
Senior Services and Programs
2519 MacDonald Street
Halifax, Nova Scotia B3L 3G3
(902) 454-4275

ÉTATS-UNIS

Colorado Association of Homes and Services for the Aged
Littleton, Colorado
(303) 795-5465

Committee on Architecture for Health: Design for Aging
1459 Pennsylvania Avenue
Washington, D.C.
(202) 626-7300

American Association of Retired Persons (AARP)
Salt Lake City, Utah
(801) 328-0691

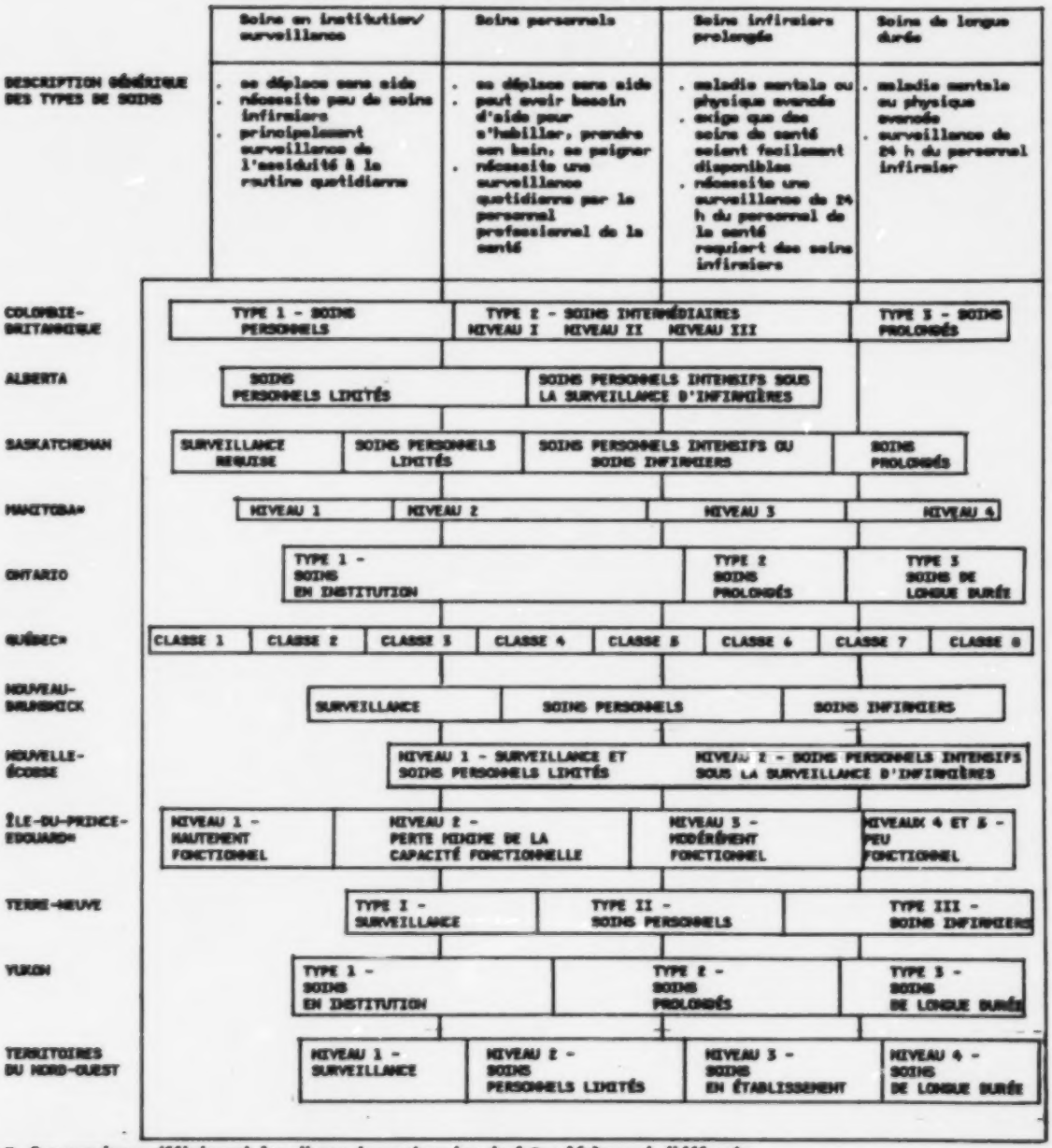
ANNEXE B

FIGURE B - 1 TYPES ET NIVEAUX DE SOINS DISPENSÉS AU CANADA

TABLEAU B - 1 COTE DÉCERNÉE LORS DE LA JOURNÉE DE CONSENSUS AUX CHOIX DISPONIBLES DE LOGEMENTS POUR LES PERSONNES DE PLUS DE 75 ANS

Annexe B

FIGURE B - 1
Types et niveaux des soins disponsés au Canada



* Ces provinces définissent les divers types de soins de façon légèrement différente.

TABLEAU B - 1

COTE DÉCERNÉE LORS DE LA JOURNÉE DE CONSENSUS AUX CHOIX DE LOGEMENTS POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 75 ANS

	CRITÈRES DÉCISIFS			
	Vie libre de soucis	**Sécurité**	**Accès aux services de soutien**	**Accès aux agréments**
Pour Demeurer				
Maisons conventionnelles sans modifications	3,0	3,0	2,5	2,5
Maisons conventionnelles avec modifications	2,0	2,0	2,5	2,5
Cohabitation	1,0	2,0	2,0	2,0
Appartements accessoires	1,0	2,0	2,0	2,0
Pour Déménager				
Habitations en copropriété et appartements locatifs	1,0	2,5	2,5	2,0
Habitations coopératives	1,0	2,0	2,0	2,0
Habitations bifamiliales	1,0	2,0	2,0	2,0
Foyers d'accueil	1,0	2,0	2,5	2,5
Pavillon-jardin	1,0	1,5	2,0	2,0
Village-retraite	1,0	1,5	2,0	2,0
Logements-foyers	1,0	1,5	2,0	2,0
Habitations de type Abbeyfield	1,0	1,5	1,5	1,5
Soins complémentaires	1,0	1,0	1,0	1,0
Logements protégés	1,0	1,5	1,5	1,5
Logements très protégés	1,0	1,0	1,0	1,5
Petits foyers collectifs	1,0	1,5	1,5	1,5
Soins multiples	1,0	1,0	1,5	1,0

COTE: 1=Élevée 2=Moyenne 3=Faible

ANNEXE C

FIGURE C - 1 UN EXEMPLE DE COHABITATION : L'APPARTEMENT À AILES SÉPARÉES

FIGURE C - 2 EXEMPLES DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UNITÉS SIMPLES ET EN PETITS GROUPES

FIGURE C - 3 UN EXEMPLE DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UN ENSEMBLE D'UNITÉS DISPOSÉES EN PETITS GROUPES

FIGURE C - 4 UN EXEMPLE DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UNE COLLECTION DE 3 ENSEMBLES D'UNITÉS DISPOSÉES EN GROUPES DE DIFFÉRENTE GRANDEUR

FIGURE C - 1 UN EXEMPLE DE COHABITATION : L'APPARTEMENT À AILES SÉPARÉES

INTRODUCING THE SPLIT-WING SUITE.

WINDFIELD TERRACE

AN INTIMATE MID-RISE CONDOMINIUM IN DON MILLS

Voici enfin l'appartement à ailes séparées. Il est la solution rêvée aux styles de vie différents d'aujourd'hui. Il offre :

l'intimité au couple à la retraite qui aime recevoir parents et amis de l'extérieur;

l'intimité à deux adultes qui, tout en partageant un appartement, désirent leurs propres locaux;

l'intimité aux parents qui ont encore à la maison un adolescent ou un étudiant à l'université.

L'aile principale et l'aile privée sont séparées par le vaste espace ouvert que forment le vivoir et la salle à manger, avec vue dégagée mur à mur et sortie sur le balcon.

Et le spendide solarium formant le coin déjeuner n'est-il pas l'endroit idéal pour commencer la journée, quel que soit votre style de vie ?

PRIVACY WING

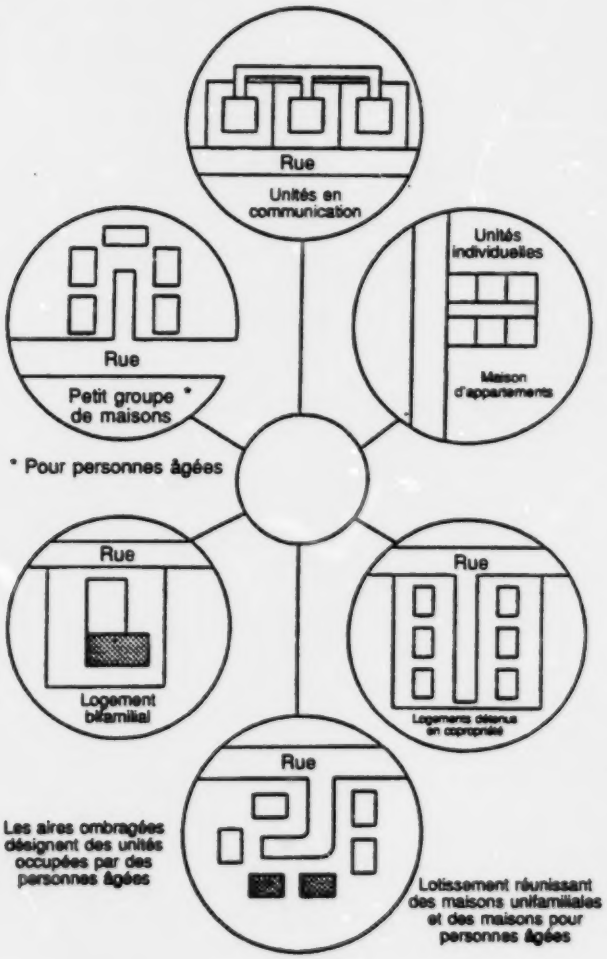
Room sizes are approximate. Subject to change without notice. E.&O.E.

Figure 13 (Source: Bramalea Ltd.)

MASTER WING

FIGURE C - 2 EXEMPLES DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UNITÉS SIMPLES ET EN PETITS GROUPES

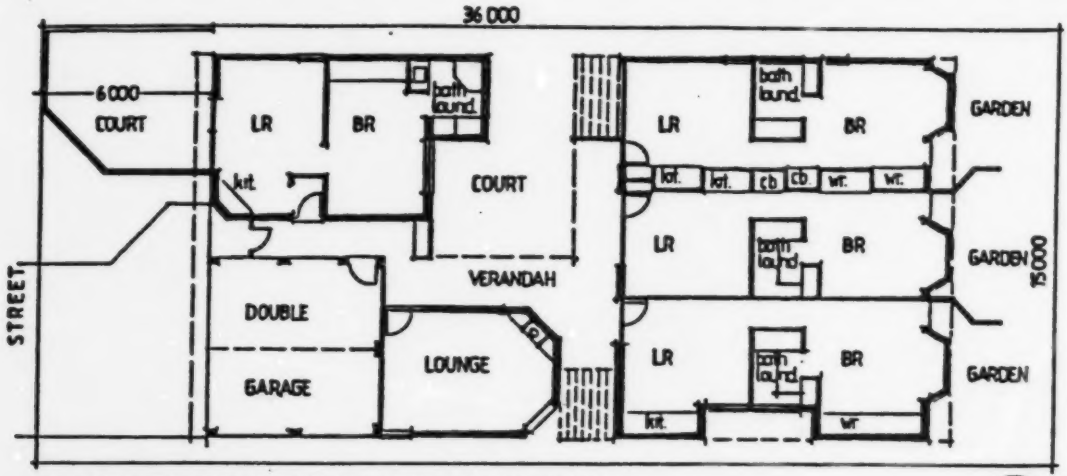
En Australie, l'importance accrue accordée aux services à domicile et aux soins infirmiers externes entraîne une plus grande flexibilité dans la conception des logements, permettant ainsi aux constructeurs d'innover d'avantage, en consultation avec les divers organismes. Le schéma suivant illustre un modèle que l'on pourra utiliser.



Source : "Future Directions in the Provisions of Housing for the Aged by the Church Sector," du Housing Policy and Development Unit du Victorian Council of Churches, Melbourne, en Australie.

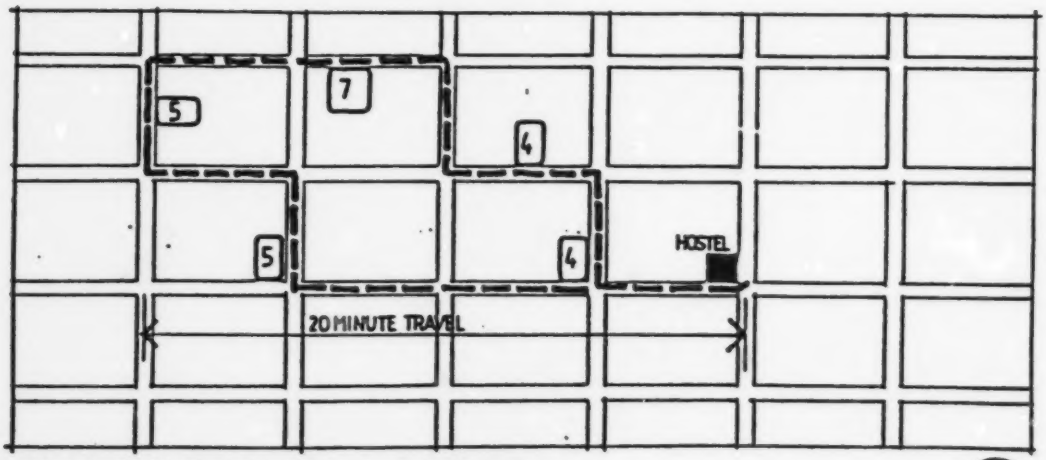
FIGURE C - 3 UN EXEMPLE DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UN ENSEMBLE D'UNITÉS DISPOSÉES EN PETITS GROUPES

Ce schéma a été tiré, avec la permission de la firme PETER DALTON PTY LIMITED (Sidney, Australie), du journal intitulé "New Concepts in the Development of Retirement Housing and Services for the Commercial and Voluntary Sectors."



TYPICAL SITE LAYOUT FOR CLUSTER OF FOUR 1 BEDROOM 50 M2 UNITS WITH COMMON LOUNGE AND 2 GARAGES ON 15 × 36 METRE (540 M2) SUBURBAN BLOCK.

1



SYSTEM OF 25 UNITS IN VARIOUS SIZED CLUSTERS AROUND AN EXISTING HOSTEL

2

PHYSICAL PLANNING CONCEPT

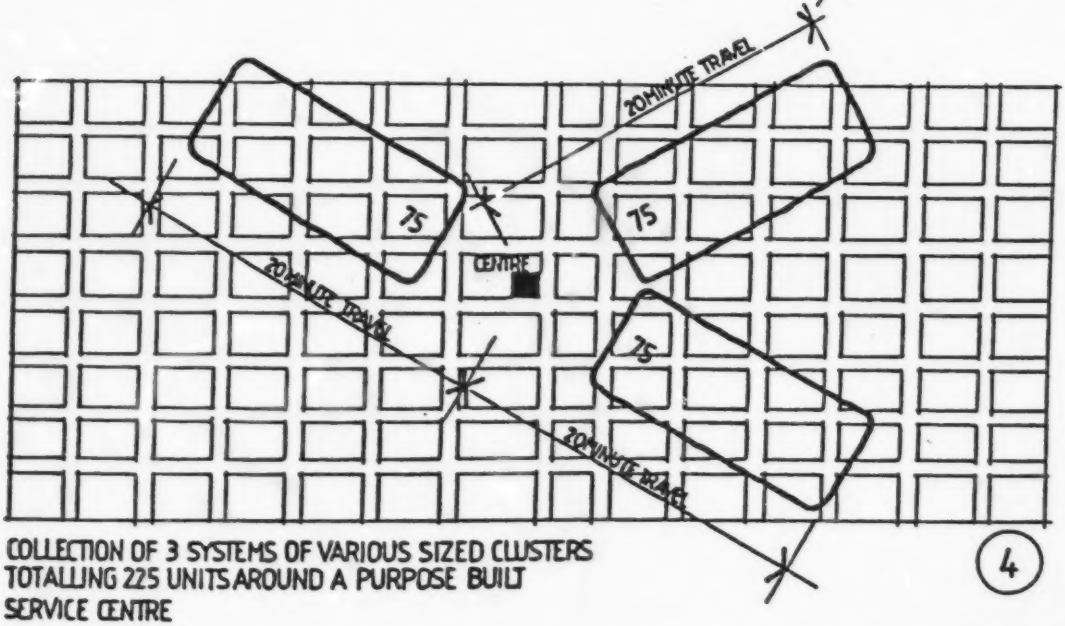
Copyright 1988 - Peter Dalton Pty Ltd.

FIGURE C - 4 UN EXEMPLE DE LOGEMENTS EN MILIEU DE SOUTIEN INTÉGRÉS À LA COLLECTIVITÉ : UNE COLLECTION DE 3 ENSEMBLES D'UNITÉS DISPOSÉES EN GROUPES DE DIFFÉRENTE GRANDEUR

Ce schéma a été tiré, avec la permission de la firme PETER DALTON PTY LIMITED, (Sidney, Australie), du journal intitulé "New Concepts in the Development of Retirement Housing and Services for the Commercial and Voluntary Sectors."

COLLECTION OF 3 SYSTEMS OF VARIOUS SIZED CLUSTERS TOTALLING 75 UNITS AROUND AN EXISTING HOSTEL.

3



COLLECTION OF 3 SYSTEMS OF VARIOUS SIZED CLUSTERS TOTALLING 225 UNITS AROUND A PURPOSE BUILT SERVICE CENTRE

4

Copyright 1988 - Peter Dalton Pty Ltd.

ANNEXE D

FIGURE D - 1 LE CENTRE MANITOBAIN DE MISE AU POINT DE PRODUITS CONCERNANT LE VIEILLISSEMENT ET LA RÉADAPTATION

FIGURE D - 2 DÉTÉRIORATION, CONSÉQUENCES ET TECHNOLOGIE

FIGURE D - 3 PARTICULARITÉS DE LA MAISON INTELLIGENTE

FIGURE D - 4 TECHNOLOGIES INNOVATRICES ET ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Figure D - 1

Centre de mise au point de produits pour le vieillissement et la réadaptation

Government of Canada
Western Economic Diversification

Gouvernement du Canada
Diversification de l'économie de l'Ouest

Government of Manitoba
Industry, Trade and Tourism

Gouvernement du Manitoba
Industrie, Commerce et Tourisme

Canada

Manitoba

LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL ET PROVINCIAL METTRONT SUR PIED UN CENTRE DE DÉVELOPPEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ

WINNIPEG (Manitoba), le 17 août 1988 - Un centre de développement des produits de santé de 23,9 millions de dollars sera créé pour stimuler le secteur plein de promesses des industries de la santé du Manitoba. L'entreprise, subventionée par le département fédéral de la diversification de l'économie de l'Ouest et par la province du Manitoba a été annoncée conjointement aujourd'hui par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, Jake Epp, au nom du ministre de la Diversification économique de l'Ouest, Bill McKnight; par le ministre du Manitoba pour l'industrie, commerce et tourisme, Jim Ernst; et par le ministre de la santé du Manitoba, Don Orchard.

L'initiative soutien l'annonce de la semaine dernière de la signature de l'entente de la Stratégie du développement industriel Canada-Manitoba fait par les ministres Epp et Ernst. La stratégie est conçue pour prendre avantage des opportunités de croissances économiques signifiantes dans le secteur de soins de santé qui fera du Manitoba un centre industriel de santé dominant et unique au Canada.

«Ce centre créera une reconnaissance nationale et internationale de l'emplacement supérieur du Manitoba pour services et entreprises dans le domaine du troisième âge et la rééducation» a dit M. Epp. «Cela encouragera aussi les efforts qui rehaussent la qualité de vie des personnes âgées et handicapées.»

Le Centre de développement de produits pour le troisième âge et la rééducation se concentrera sur la recherche, la conception, la création, l'expérimentation et la commercialisation des produits et des services de santé dont la population âgée sans cesse croissante et les personnes handicapées du Canada ont un besoin pressant.

En vertu du Programme de diversification de l'économie de l'Ouest, le gouvernement du Canada versera 9,6 millions de dollars pour la mise sur pied du Centre, avec la province qui, pour sa part, consacrera 9,6 millions de dollars à l'exploitation de l'entreprise. Pour compléter son financement, l'entreprise espère recueillir 4,7 millions de dollars de ses contrats de recherche et des recettes de ses publications.

M. Ernst a dit que le nouveau centre du Manitoba grandira de l'infrastructure de connaissances et compétences recconues de l'industrie des soins de santé, en ajoutant que l'inititative promet une nouvelle croissance et diversification industrielle, de nouveaux investissement, de nouvelles exportations industrielles, et un fort rehaussement de vie indépendante pour plusieurs manitobains.

Selon les estimations, l'entreprise en générera 35 autres, ouvrant ainsi quelque 500 emplois, dans le secteur privé, en plus des 21 créés directement au centre et des 21 chez les sous-traitants.

Fruit de la collaboration entre la province et le fédéral, le Centre aidera en retour les entreprises provinciales et nationales à créer des produits innovateurs et concurrentiels

grâce aux services qu'il leur offrira : information sur les marchés, courtage, conception, fabrication, commercialisation et expérimentation.

Les consommateurs, quant à eux, pourront choisir en toute confiance parmi une gamme plus étendue de produits et services de première qualité ceux qui leur conviennent. Les gouvernements seront payés de retour par la réduction des frais d'hospitalisation, les particuliers n'ayant plus à compter exclusivement sur les soins en établissement.

Le Centre sera administré par une société sans but lucratif dotée d'un Conseil d'administration où seront représentés les gouvernements et les industries de soins de santé. Le Conseil sera chargé de recommander l'emplacement du centre de Winnipeg.

«Ceci est un centre unique à l'amérique du nord», a dit M. Orchard. «Aucun autre lieu a une facilité dédiée au développement et à l'analyse de produits de santé conçus pour les soins de la population âgée du Canada.»

- 30 -

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS, S'ADRESSER À :

Dennis Wallace
Sous-ministre adjoint
Diversification de l'économie l'Ouest
Winnipeg (204) 983-5715

Hugh Eliasson
Ministre adjoint
Industrie, Commerce et de Tourisme
Winnipeg (204) 945-3751

FIGURE D - 2 : DÉTÉRIORATION, CONSÉQUENCES ET TECHNOLOGIE

Détérioration	Conséquences additionnelles	Technologie actuelle
<u>Détérioration fonctionnelle de la mobilité</u>		
■ incapacité de marcher, de monter des escaliers, de se tenir debout longtemps, de se pencher.	■ difficulté de se déplacer dans la maison, d'entrer ou de sortir de la maison, donc aucun accès au magasinage, à la récréation, au transport, à la conduite d'une automobile, à la participation aux exercices de conditionnement physique ou aux sports. ■ difficulté de se coucher, de se lever, de se tourner dans le lit. ■ difficulté de se lever d'une position assise et de se servir de la toilette. ■ en général, risque accru d'accidents et de chutes.	■ fauteuils roulants légers, fauteuils roulants électriques, scooters, commandes spéciales pour les fauteuils roulants, par ex., commande par la tête, support à breuvage et cigarette, commande tactile, commande par la voix, leviers de fourgonnette, manipulation sans effort, maison INTELLIGENTE, glissoires et ascenseurs d'escaliers, membres artificiels améliorés, membres bioniques, leviers pour véranda, accès facilité au transport public, aides aux fonctions personnelles, au bain, à la toilette, au déplacement.
■ incapacité d'atteindre, de saisir, de lever, de pousser, de contrôler les mouvements délicats des doigts.	■ difficulté de s'habiller, de se peigner, de préparer sa nourriture, de manger, de transporter les épiceries, de se servir du téléphone, de ramassser de petits objets. ■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	

Détérioration	Conséquences additionnelles	Technologie actuelle
Détérioration des sens - La vue		
■ incapacité de voir clairement, de percevoir les couleurs, la profondeur, vision périphérique diminuée.	■ incapacité de lire pour le plaisir, les affaires, la sécurité. ■ capacité détériorée de jouir des activités antérieures, comme la télé, les films, les oeuvres d'art, la nature, les sports, le théâtre et le travail bénévole. ■ difficulté de reconnaître sa propre famille et ses amis. ■ difficulté d'emprunter le transport en commun. ■ difficulté de voir à sa propre apparence, conscience de ses problèmes de santé. ■ préoccupation de sécurité concernant les médicaments, la préparation des aliments (insectes, moisissurre), la conduite d'automobile, la marche seul ou dans des lieux inconnus, la lecture de cartes et de signalisation routières. ■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	■ verres et lentilles cornéennes, imprimés en gros caractères, signalisation audible dans le transport en commun et les ascenseurs, canne à laser, aides pour la vision affaiblie, conception environnementale comme la signalisation lumineuse des rues, les indicatifs tactiles, la technologie médicale comme les implantations et la chirurgie.

Détérioration	Conséquences additionnelles	Technologie actuelle
<u>Détérioration des sens - L'ouie</u> ■ incapacité d'entendre les conversations (personnes, télé, radio, ,etc.) bruits de l'entourage (klaxons, avertissements, feu, police), bruits domestiques (minuteurs, alarmes, téléphone, sonnerie, minuteur de la cuisinière, ouverture de la porte ou d'une fenêtre), événements publics (discours, rassemblements religieux, événements culturels, sports).	■ manque de sécurité au foyer et à l'extérieur. ■ insécurité en traitant d'affaires. ■ possibilité de paraître confus et peu intelligent. ■ incapacité de maintenir les activités et les relations antérieures. ■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	■ appareils acoustiques, bouilloires sifflantes, minuteurs d'aliments, répondeurs téléphoniques, téléphones compatibles aux appareils acoustiques, réveils et appareils de signalisation, aides pour entendre les conversations, les conférences, la télévision, appareils acoustiques tenus dans la main, appareils de sous-titrage de télécommunications.
<u>Détérioration des sens - Le toucher</u> ■ incapacité de ramasser des pièces de monnaie, des aiguilles, des papiers, etc.; de distinguer des tissus, des surfaces; d'ouvrir des emballages, des lettres; d'attacher des boutons, des fermetures-éclairs, des boutons-pression, des épinglettes, etc.; de faire des boucles, de nouer des lacets, des cordes; de réagir aux changements de température, aux surfaces tranchantes, aux odeurs, aux goûts.	■ difficulté de vaquer aux tâches quotidiennes comme le ménage, ramasser des objets échappés (danger), manipuler de l'argent. ■ maladresse dans la façon de faire sa toilette et de s'habiller. ■ brûlures, coupures, odeurs corporelles, intoxication alimentaire, surconsommation de sel ou de sucre, mauvais appétit.	■ aides pour atteindre les objets, aides magnétiques, avertisseur d'incendie, réglage amélioré du thermostat avec signal d'avertissement si la température est trop haute ou trop basse, détecteurs de fumée, détecteurs de chaleur et avertisseurs pour les cuisinières et autres appareils ménagers, éléments infra-rouges.

Détérioration	Conséquences additionnelles	Technologie actuelle
Détérioration cognitive		
■ incapacité de comprendre, de se souvenir, de communiquer ses pensées, ses sentiments, ses besoins.	■ incapacité de participer aux activités antérieures à la maison, avec la famille ou dans la société, dans les domaines des affaires, de la culture ou de la récréation.	■ aides-mémoire, systèmes d'alarme, maison INTELLIGENTE.
■ incapacité de se concentrer.	■ incapacité de prendre soin de soi.	■ aides pour la distribution des médicaments.
■ incapacité d'interpréter les perceptions sensorielles.	■ danger pour soi-même, sa famille ou les autres (errant, conduisant l'automobile, ne pouvant exprimer sa douleur ou son besoin de soins de santé).	
	■ vulnérabilité accrue au crime, à cause du danger d'être victime d'abus.	
	■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	
Détérioration de la communication		
■ perte ou détérioration de la parole.	■ incapacité d'exprimer ses besoins, ses sentiments, ses pensées.	■ planchette de communication, téléphones spéciaux, communication par téléscripteur.
	■ incapacité de participer aux activités familiales, sociales, aux affaires, au travail, au bénévolat.	■ amplificateurs de la voix.
	■ diminution dans sa capacité de magasiner, de demander un avis, de l'aide ou un renseignement, de parler au téléphone.	■ synthétiseurs de parole.
	■ crainte du danger, faute de pouvoir communiquer.	■ imprimantes miniatures, tableaux d'affichage.
	■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	■ ordinateurs personnels.

Détérioration	Conséquences additionnelles	Technologie actuelle
Incontinence ■ perte ou affaiblissement du contrôle volontaire de la vessie ou des intestins.	■ irritations de la peau, infections à la vessie, pierres à la vessie, odeurs, malaises, constipation. ■ troubles émotifs et problèmes sociaux.	■ culottes et tampons jetables. ■ cathéters ou condoms d'assèchement. ■ pince externe (hommes), pessaire (femmes). ■ stimulateur électrique. ■ détecteur ultrasonique (en expérimentation). ■ biofeedback et rééducation de la vessie.

Source : Metropolitan Toronto District Health Council, *Technology for the Elderly*, mars 1988

FIGURE D - 3 : PARTICULARITÉS DE LA MAISON INTELLIGENTE

(Source : Smart House Development Venture, Upper Marlboro, MD 20772-873 US)

Le projet de la MAISON INTELLIGENTE révolutionnera la façon d'installer la canalisation électrique dans les maisons et les petits édifices; ce sera le premier changement majeur depuis près de cent ans. Ce projet offre aux acheteurs de maisons des avantages extraordinaires de vie quotidienne, et ouvre tout un monde nouveau de commandes et de commodités au foyer.

Le système de la MAISON INTELLIGENTE va utiliser une technologie existante éprouvée pour remplacer les systèmes traditionnels de filerie électrique par un réseau logique de cables combinant l'électricité avec les systèmes de communication sonores, visuels, et de distribution de données.

Le système va éliminer la filerie excessive que l'on retrouve ordinairement dans les maisons et la remplacer par un seul cable intégré. À partir de là, le système de la MAISON INTELLIGENTE sera d'une efficacité qui pourra réduire les coûts du logement, avant et après la vente.

Comme dans tous les grands élans de la technologie, -- plus c'est simple, mieux c'est. Le système de la MAISON INTELLIGENTE promet d'être plus simple à installer, plus simple à entretenir, plus simple à faire fonctionner que les systèmes actuels. Cela rend la technologie la plus sophistiquée et à la fine pointe du progrès pas plus intimidante à utiliser que de toucher le commutateur -- peut-être même avec moins d'effort.

Comme le système de la MAISON INTELLIGENTE permet de simplifier plusieurs des exigences des fabricants d'accessoires et d'appareils ménagers, les produits MAISON INTELLIGENTE coûteront moins cher à l'achat, à l'usage et à l'entretien.

Les fabricants -- plus de trente des plus connus au pays -- investissent des dizaines de millions de dollars et joignent leurs efforts avec enthousiasme pour mettre au point les produits MAISON INTELLIGENTE. Ces efforts privés sont soutenus par une foule d'associations commerciales nationales et d'agences fédérales qui considèrent la MAISON INTELLIGENTE comme une technologie fort nécessaire pour maintenir les États-Unis à l'avant-garde dans les applications pratiques résidentielles de l'électricité et de l'électronique.

Imaginez une maison où:

- les haut-parleurs et les écrans de télévision peuvent être branchés à n'importe quelle prise de courant -- pour obtenir le son ou l'image de n'importe quel radio, téléviseur, magnétoscope, tourne-disque, magnétophone ou syntonisateur de cablovision branchés n'importe où ailleurs dans la maison, sans avoir à étendre des fils additionnels.

- vous pouvez simplement brancher un système de sécurité qui peut détecter la présence d'un intrus, annoncer que la police a été prévenue, faire clignoter les lumières et automatiquement appeler au secours. Le même équipement peut aider aux opérations de sauvetage, lors d'un incendie, en faisant clignoter les lumières des chambres occupées.

- les lumières s'allument automatiquement dès que quelqu'un entre dans une pièce et peuvent, si désiré, s'éteindre dès que la pièce est vide.

- la maison se rend compte que les occupants de la chambre maîtresse sont debouts et prévient la cafetière de s'allumer, le chauffe-eau de se préparer pour les douches matinales, et le téléviseur de syntoniser les nouvelles et la température au poste de votre choix.

- les commandes des systèmes de chauffage et de climatisation et de l'humidificateur apprennent les habitudes des occupants de la maison. Automatiquement le climat de la maison s'ajustera pour le moment où ils arriveront au foyer, et dès leur départ, se règlera pour économiser de l'énergie et de l'argent.

- l'occupant peut mettre en marche ou arrêter n'importe quel appareil, ou en modifier le réglage, simplement en lui parlant – oui, simplement en prononçant dans sa propre langue les commandements qui disent à la maison ce qu'elle doit faire.

- un téléphone, un intercom, une ligne de communication par ordinateur peuvent être branchés à n'importe quelle prise normale.

- un détecteur de mouvement peut être alerté quand une personne âgée n'a pas bougé pendant une période de temps convenue. Une voix se fait alors entendre : «Est-ce que tout est normal ?» Si le système ne reçoit pas de réponse, il va immédiatement signaler pour obtenir de l'aide.

- les appareils ménagers dangereux peuvent être réglés de façon à ce que les jeunes enfants ne puissent pas les activer.

- un système substitut d'énergie électrique entre en jeu immédiatement lors d'une panne pour alimenter les lumières essentielles, les dispositifs de protection et de sécurité ainsi que les démarreurs et les commandes des appareils à gaz.

- le téléphone peut communiquer avec tous les appareils et dispositifs de la MAISON INTELLIGENTE. Le propriétaire peut téléphoner chez lui et vérifier s'il y a quelque problème, ou donner aux appareils n'importe quel commandement : commencer à préparer le repas, allumer les lumières, syntoniser de la musique, augmenter la chaleur, ouvrir la porte avant, ou toute autre chose, à sa guise. S'il y avait urgence, la MAISON INTELLIGENTE peut automatiquement appeler le propriétaire ou une autre personne désignée.

Voilà seulement quelques exemples de ce qui est possible dans la MAISON INTELLIGENTE. Au cours des années 90 et par la suite, la façon dont les gens exploiteront les caractéristiques particulières de la MAISON INTELLIGENTE sera limitée seulement par leur imagination, et non par la filerie de la maison.

FIGURE D - 4 TECHNOLOGIES INNOVATRICES ET ENVIRONNEMENT FAVORABLE (GRAYSON)

Réimprimer avec la permission du éditeur de Life Care: A Long-term Solution par Robert D. Chellis et John Grayson (Lexington Books, D.C. Health and Company/Lexington, Massachusetts/Toronto/Copyright 1990 Lexington Books).

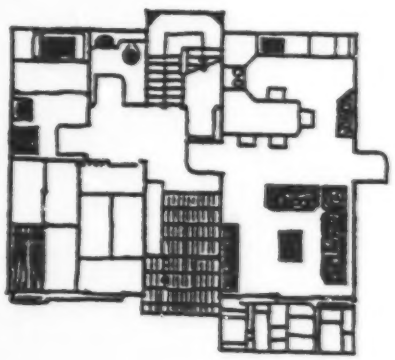
FIGURE D - 4 TECHNOLOGIES INNOVATRICES ET ENVIRONNEMENT FAVORABLE (GRAYSON)

Depuis 1980, le Ministère japonais du Commerce extérieur et de l'Industrie a financé un programme de recherche pour l'Institut métropolitain de gérontologie de Tokyo. L'objectif était de concevoir un genre de logement qui aurait assez de flexibilité pour changer à mesure que changent les besoins des occupants, soit par une rénovation partielle, ou le remplacement de certaines composantes, soit par l'installation de dispositifs d'auto-secours ou la construction d'espaces supplémentaires.

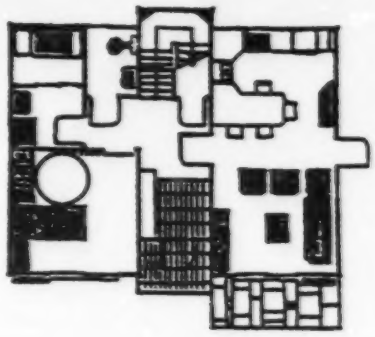
Le chercheur principal, Tamako Hayashi, a mis au point le prototype d'une maison innovatrice pour les personnes âgées ou handicapées, en collaboration avec un manufacturier de logements préfabriqués, Sekisui House, Ltd. La maison était conçue pour pouvoir accepter des changements en quatre étapes : le stade d'autonomie, le stade partiellement déambulatoire, le stade d'utilisation à plein temps d'un fauteuil roulant, et le stade de soins médicaux et infirmiers d'une personne âgée alitée. L'hypothèse était au départ que les occupants étaient les membres d'une même famille et que cette famille aurait éventuellement à prendre soin d'un ou deux parents âgés, de ses propres ressources ou avec de l'aide de l'extérieur au besoin. L'objectif était de minimiser les soins à donner, et de maximiser la prise en charge personnelle et l'autonomie. Au dernier stade, l'objectif était de diminuer la tension chez les dispensateurs de soins en soutenant une personne âgée grabataire et d'encourager les «soins à vie à domicile».

Outre le manufacturier de logements préfabriqués, l'équipe de concepteurs de ce prototype comprenait les fabricants des diverses composantes de la maison, tels que les producteurs d'équipement sanitaire, de fenêtres, d'appareils électriques, d'appareils de cuisine, ainsi que les entreprises fabriquant de l'équipement d'auto-secours, comme des leviers électriques et des systèmes de conditionnement du milieu.

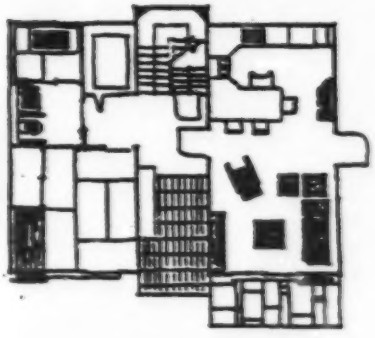
La maison au premier stade est un type régulier de maison construite selon les normes d'architecture moyennes ou au-dessus de la moyenne. Comme cette maison comporte diverses embûches pour les personnes handicapées, le défi de la recherche était de prévoir quel genre de modifications graduelles permettrait à une personne âgée de demeurer aussi autonome que possible malgré l'évolution de ses infirmités. En d'autres mots, comment pourrait-on adapter la maison pour qu'elle permette de «vieillir sur place» ?



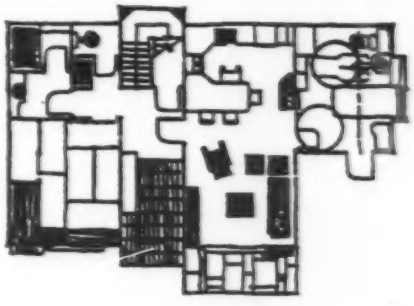
La maison au deuxième stade a été adaptée de façon à permettre à un utilisateur de fauteuil roulant de circuler au premier étage et d'y avoir sa chambre à coucher. Pour cela, on a converti en chambre à coucher la traditionnelle pièce japonaise Tatami. Dans cet exemple, la cuisine, le vivoir et la chambre de bain-toilette ont été conçus pour usage «universel», et sont donc adaptés aux besoins de tous, même des personnes âgées ou handicapées.



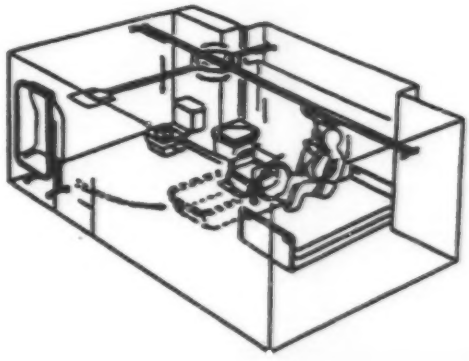
La maison au troisième stade est dotée d'un ascenseur allant au deuxième étage (les Japonais estiment que cet investissement est rentable). On a transformé l'aire de l'évier, près de la baignoire, en une toilette accessible à une personne handicapée. Dans cet exemple, on a conservé intacte la traditionnelle pièce japonaise Tatami, et une chambre à coucher qui était disponible au deuxième étage a été adaptée à l'intention de la personne handicapée.



La maison au quatrième stade a été agrandie par l'addition d'une nouvelle chambre attenante à l'aire cuisine-salle à dîner-vivoir. L'intention, en réaménageant cette chambre, était d'offrir à une personne sérieusement handicapée tous les services aussi rapprochés que possible. À cet effet, la baignoire et la toilette ont été installées dans la chambre, pour le confort et la plus grande autonomie de son occupant.

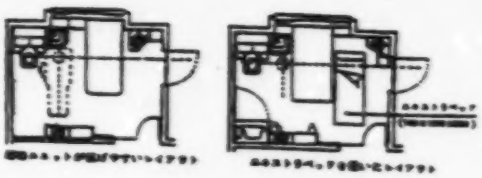


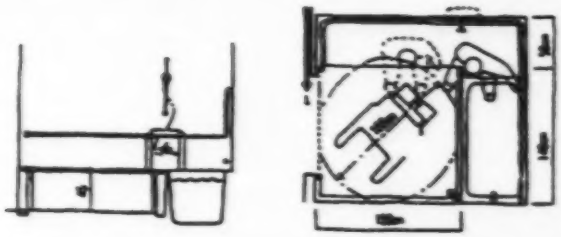
La maison au quatrième stade contient la chambre prototype qui rend possible un maximum d'autonomie à une personne très sérieusement handicapée. De plus, ce modèle réduit à son minimum le niveau de stress et de surmenage des dispensateurs de soins, en situant les cabinets et l'évier dans la chambre même, réduisant ainsi la distance à parcourir pour atteindre ces éléments traditionnellement logés dans une autre partie de la maison. Un mécanisme électrique, suspendu au plafond comme un téléférique, peut être activé soit par le dispensateur de soins, soit par le patient lui-même, et assurer son déplacement vers l'évier, les cabinets, ou son fauteuil roulant. À remarquer la baignoire mobile, en fibre de verre, remisée



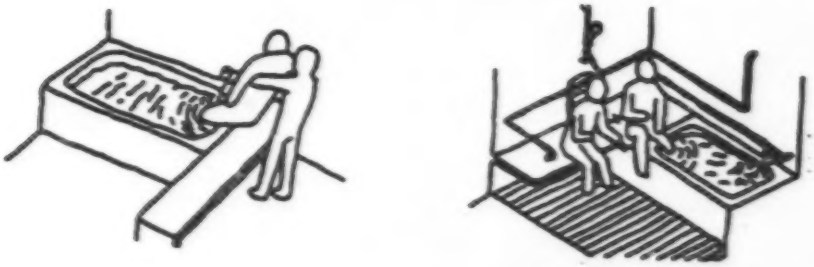
dans le coin de la chambre, sur un support roulant. Un dispensateur de soins n'a qu'à rouler cet appareil près de l'évier qui est muni d'un tuyau pour remplir la baignoire et d'un tuyau d'écoulement pour la vider.

L'Institut de gérontologie de Tokyo a approuvé ce dessin de prototype parce qu'il croit qu'il y a une demande croissante de ce genre de chambre dans la société, étant donné que le nombre de personnes handicapées, particulièrement de personnes âgées constamment alitées, augmente beaucoup.





Ceci est un modèle, de conception japonaise, d'une aire de bain accessible à une personne handicapée qui a suffisamment de mobilité des bras pour prendre son bain de façon autonome. Remarquez la large tablette à la hauteur du rebord de la baignoire et la main courante le long du mur, le tuyau flexible de la douche monté au mur au-dessus de la tablette, permettant à l'usager de s'asseoir sur la tablette pour prendre sa douche; remarquez la porte coulissante dans la chambre de bain, l'espace libre pour faire tourner sur place le fauteuil roulant, et le drain dans un plancher imperméabilisé.



Exemple d'adaptation d'une chambre de bain japonaise type munie d'un banc-tablette permettant à une personne âgée ou handicapée d'accéder à la baignoire avec ou sans aide.

Un siège de baignoire mobile de fabrication domestique, et un siège coffret attenant à la baignoire, avec une main courante le long du mur pour un accès plus facile à la baignoire.